Rok XL. Kraków, 5 Stycznia 1901. Nr. 1.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets,

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 40 halerzy.

Przedpłata wynosi:

w Austryi	rocznie 20 koron,	półrocz. 10 kor.,	kwart. 5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rsr.
w Niemczech . . .	„ 16 marek,	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi . . .	„ 30 frank.,	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Treść:

Wydawnictwo dzieł lek. polskich
im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie,

mając już przygotowane bezpłatne premium dla Członków swych za rok 1901 i 1902, prosi uprzejmie o łaskawe nadesłanie zaległych wkładek, jak również wkładek za lata 1901 i 1902.

Po otrzymaniu wkładki **Wydawnictwo** prześle jako **bezpłatne premium** za rok 1901 i 1902 obszerne dzieło p. t.: *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej* Doc. Dra L. Korczyńskiego.

Bezpłatne premium za rok 1899 i 1900 stanowi dzieło Prof. Dra L. Wachholza pod tytułem: *Podręcznik medycyny sądowej.*

Wkładki nadsyłać należy na ręce administratora i sekretarza Wydawnictwa *Dra St. B. Kwiatkowskiego, Kraków, Klinika lekarska.*

Do dzisiejszego Nru dołącza się: List otwarty Generalnej Reprezentacyi Zakładu zdrojowego w Krościenku nad Dunajcem.

Rok XL. Kraków, 5 Stycznia 1901. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O budowie i syntezach ciał ksantynowych.

Podał

Doc. Dr. Michał Seńkowski.

Prawie półtora wieku minęło od czasu, w którym chemicy zwrócili baczniejszą uwagę na ciała, później objęte wspólną nazwą ciał ksantynowych, które, w miarę postępu badań, okazały się bardzo rozpowszechnionemi w przyrodzie, lubo najczęściej tylko w minimalnych ilościach. W r. 1776 Scheele, badając skład kamieni pęcherzowych, znalazł w nich ciało o bardzo charakterystycznych własnościach, które nieco później Fourcroy nazwał „acide lithique“, następnie „acide ourique“. Dokładność, z jaką Scheele opisał swój przetwór, może zadziwić i dzisiejszych chemików, zwłaszcza uwzględniwszy owe skromne środki, jakiemi rozporządzali chemicy z końca siedmnastego stulecia. Z nadzwyczajną, jak na owe stosunki, ścisłością określił Scheele bliższą charakterystykę znalezionego kwasu, jego rozpuszczalność w alkoholach, strącanie amoniakalnym rozczynem azotanu srebrowego, zmiany wskutek działania kwasu azotowego, względnie wody chlorowej, słowem — prawie wszystkie metody analityczne, któremi i dziś się posługujemy.

Bardzo powoli, bo prawie do chwili obecnej, przybywało innych ciał, budową swoją i własnościami zbliżonych do kwasu moczowego, jak wykryta w r. 1817 przez Marceta ksantyna, w r. 1821 kofeina, znaleziona w kawie przez Robiqueta, Pelletiera i Caventoua, w roku 1842 teobromina, znaleziona w kakao przez Woskreseńskiego, z nią izomeryczna teofilina w roku 1888 przez Kossla w herbacie, również izomeryczna paraksantyna w moczu (Thudichum, 1879), heteroksantyna (Salomon, 1885), hypoksantyna (Scherer, 1850), guanina (Unger, 1845), adenina (Kossel, 1885).

Wydobycie i otrzymanie w stanie czystym pojedynczych ciał ksantynowych nie wystarczyło jeszcze do wykazania ich budowy chemicznej i wzajemnego związku ze sobą; na to złożyć się musiała praca, śmiało rzec można, trzech pokoleń chemików, praca uwieńczona takim wynikiem, że dziś nietylko znamy z możliwymi szczegółami budowę wszystkich ciał ksantynowych w przyrodzie się znajdujących, nietylko możemy je wszystkie sztucznie otrzymać, ale także ujrzeliśmy się w posiadaniu stu kilkudziesięciu nowych sztucznych ciał ksantynowych, z których niejedno znajdzie się jeszcze w przyrodzie, a niejedno, w miarę poznania jego własności, może się stać cennym nabytkiem w skarbnicy leków. Mam zamiar przedstawić badania, dotyczące budowy chemicznej ciał ksantynowych, a dokonane w ciągu ostatnich lat dwudziestu; te jednak tak są ściśle związane z wynikami badań poprzednich, że niepodobna mi jest mówić o nowych, nie zaznaczywszy przynajmniej pobieżnie dawniejszych.

W 58 lat po wykryciu kwasu moczowego przez Scheelego dokonali Liebig i Mitscherlich pierwszej analizy elementarnej i na jej podstawie oznaczyli wzór tego kwasu $C_5 H_4 N_4 O_3$. Liebig wspólnie z Wöhlerem zajęli się następnie chemicznem scharakteryzowaniem kwasu moczowego, a z długiego szeregu ciał, otrzymanych przez rozbicie jego drobiny, wymienię aloksan, kwas aloksurowy, kwas mezoszczawiowy, uramil, kwas parabanowy i oksalurowy, które w określeniu budowy chemicznej ciał ksantynowych odgrywały rolę najważniejszą.

Kwas moczowy rozszczepia się przez łagodne utlenienie kwasem azotowym na aloksan i mocznik. Aloksan, gotowany z alkaliami, daje kwas aloksurowy, następnie kwas mezoszczawiowy i mocznik.

Ponieważ kwas mezoszczawiowy może mieć tylko budowę

$$\begin{array}{l} COOH \\ | \\ CO \\ | \\ COOH \end{array}$$

przeto z konieczną konsekwencyą wynika wzór aloksanu

$$\begin{array}{ll} CO - & NH \\ | & | \\ CO & CO \\ | & | \\ CO - & NH \end{array}$$

Po dłuższej przerwie wzięli sprawę kwasu moczowego w swoje ręce Schlieper i Baeyer. Przez redukcyę aloksanu drogą pośrednią otrzymał Baeyer kwas barbiturowy, a następnie, idąc drogą odwrotną, dokonał syntezy tego połączenia z kwasu malonowego i mocznika.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{mocznik} & & \text{kw. malonowy} & & \text{kw. barbitur.} & & \\ NH_2 & & HOOC & & NH - CO & & H_2O \\ | & & | & & | \quad\;\; | & & \\ CO & + & CH_2 & = & CO \quad CH_2 & + & \\ | & & | & & | \quad\;\; | & & \\ NH_2 & & HOOC & & NH - CO & & H_2O \end{array}$$

Z kwasu barbiturowego otrzymano działaniem kwasu azotowego i następną redukcyą dwa połączenia:

kw. nitrobarbiturowy, czyli diliturowy; kw. aminobarbitur., czyli uramil

$$\begin{array}{ll} NH - & CO \\ | & | \\ CO & CHNO_2 \\ | & | \\ NH - & CO \end{array} \qquad\qquad \begin{array}{ll} NH - & CO \\ | & | \\ CO & CHNH_2 \\ | & | \\ NH - & CO \end{array}$$

Uramil gotowany z sinianem potasowym dał kwas pseudomoczowy, różniący się od kwasu moczowego o elementa drobiny wody za wiele



Tworzenie się tego kwasu jest analogiczne do tworzenia się mocznika z sinianu amonowego

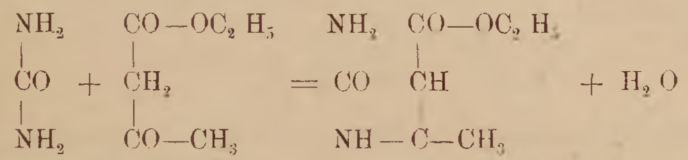
$$NH_3\,HOCN = NH_2\,CO\,NH_2.$$

Kwas pseudomoczowy jest bardzo zbliżony do kwasu moczowego, lecz przecież nie jest z nim identyczny.

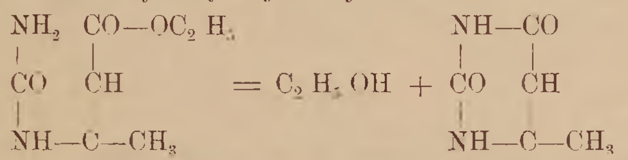
Skoro przez opisane procesy analityczne wyjaśniono w znacznej mierze budowę kwasu moczowego, rozpoczęły się zabiegi około robót syntetycznych. Opierając się na badaniach Streckera, który wśród produktów rozkładu kwasu moczowego znalazł glikokol, bezwodnik węglowy i amoniak, otrzymał Horbaczewski po raz pierwszy kwas moczowy sztucznie, stapiając mocznik z glikokolem, a w następnych doświadczeniach z trójchlorolaktamidem. Nie ujmując doniosłości temu doświadczeniu, które w swoim czasie zyskało ogólne uznanie, nie możemy jednakże uważać go za ścisłą syntezę kwasu moczowego, albowiem procesu tworzenia się nie można było śledzić we wszystkich okresach reakcyi tak, aby z tego wysnuć wnioski o budowie otrzymanego produktu.

Daleko dłuższą, bardziej zawiłą, zato znacznie przejrzystszą drogę wskazali Behrend i Roosen, a to w sposób następujący:

Mocznik z acetylooctanem etylowym zagęszcza się na ester kwasu uramidokrotonowego.

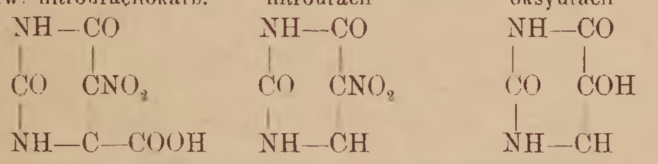


ten ostatni zaś zmydlony daje metylouracil



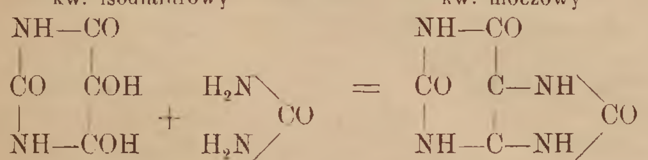
Działaniem kwasu azotowego na metylouracil powstaje kwas nitrouracilokarbonowy, ten gotowany z wodą rozkłada się na bezwodnik węglowy i nitrouracil, a ten ostatni, redukowany, daje obok aminouracilu także oksyuracil, czyli kwas isobarbiturowy.

kw. nitrouracilokarb. nitrouracil oksyuracil



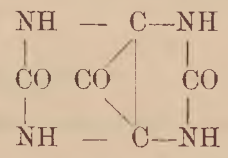
Oksyuracil utleniony daje kwas isodialurowy, a ten ogrzewany z mocznikiem tworzy kwas moczowy

kw. isodialurowy kw. moczowy



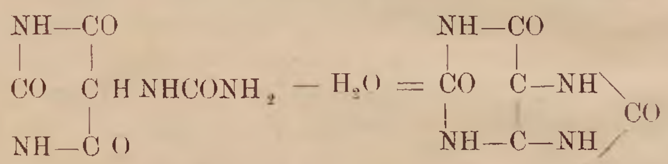
W ten sposób, idąc krok za krokiem, przychodzimy do wzoru kwasu moczowego, podanego przez Medicusa w r. 1875, który nietylko odpowiada powyższej syntezie, ale także tłomaczy zadowalniająco wszystkie procesy rozkładowe, z których kilka poprzednio poznaliśmy.

Od tego wzoru różni się nieco wzór podany przez Fittiga

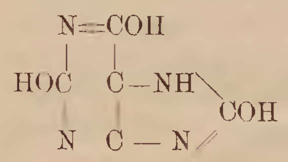


który wytrzymuje równie dobrze krytykę wobec wszystkich dotychczas przytoczonych reakcyj.

Ostatnią wreszcie, ze wszystkich najprostszą syntezą kwasu moczowego, która przechyla szalę stanowczo na korzyść wzoru Medicusa, jest dokonana przez Emila Fischera, który wyszedł z kwasu pseudomoczowego. Kwas pseudomoczowy, topiony z kwasem szczawiowym, a nawet gotowany ze stężonym kwasem solnym, utraca elementy jednej drobiny wody i przechodzi w kwas moczowy.



W miejscu tego ostatniego wzoru możliwy jest także następujący:

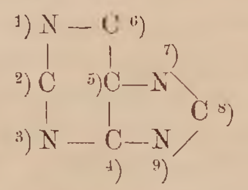


Z dalszych obserwacyj kwasu moczowego, szczególnie jego związków pochodnych, okazało się, że obydwie formy są jednako prawdopodobne; jedne pochodne odpowiadają pierwszemu, inne drugiemu wzorowi, a sam kwas moczowy zdaje się istnieć w obydwóch formach, które łatwo przechodzą jedna w drugą. Zjawisko to dosyć częste w chemii nosi nazwę tautomeryi.

Rozstrzygnąwszy ostateczne zagadnienie co do budowy kwasu moczowego, użył go Fischer, jako punktu wyjścia do syntezy wszystkich innych ciał ksantynowych. Literatura tych ciał równie jest obszerną, jak literatura kwasu moczowego. Drogą podobną, jak z kwasem moczowym, zdołano tu i owdzie dojść do najprawdopodobniejszego wzoru strukturowego, jednakże o syntezie lub przeprowadzeniu jednego ciała w drugie i mowy nie było; dopiero Fischerowi udało się to urzeczywistnić w całej pełni.

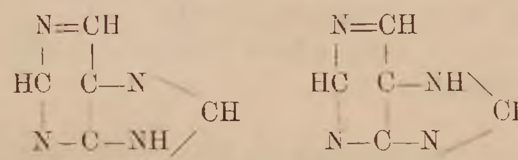
Zoryentowanie się w olbrzymiej ilości połączeń organicznych ułatwia nam znakomicie ich podział na gromady, obejmujące połączenia do siebie podobne, a dające się wyprowadzić od jednego, najprostszego z nich. Takim najprostszym związkiem jest n. p. benzol $C_6\,H_6$, z którego wywodzimy cały szereg połączeń pochodnych, znanych pod nazwą związków aromatycznych. Połączenia pochodne tłomaczymy sobie przez podstawienie atomów wodoru w związku pierwotnym przez inne atomy lub grupy atomów, n. p. przez podstawienie w benzolu jednego atomu wodoru grupą metylową, aminową, karboksylową tworzą się połączenia, jak

toluol, anilina, kwas benzoesowy. Takimi pierwotnymi związkami są pirydyna, chinolina, pyrol itd. itd. Zasługą Fischera jest sprowadzenie wszystkich ciał ksantynowych do wspólnego szkieletu, złożonego z atomów węgla i azotu $C_5 N_4$, przez autora nazwanego jądrem purynowem. Jądro to posiada następującą budowę:



Jestto grupa atomów, złożona z dwóch pierścieni metadiazynowego i imidazolowego, w których celem oryentacyi oznaczono atomy azotu i węgla liczbami porządkowemi.

Najprostszem połączeniem, niejako podstawowem dla wszystkich innych, byłby związek, w którym wszystkie wolne wartościowości są zajęte przez wodór. Związkiem tym jest puryna (purum uricum), $C_5 N_4 H_4$, która mogłaby istnieć w dwóch modyfikacyach tautomerycznych



Według tego pojmowania byłby n. p. kwas moczowy 2.6.8 trójoksypuryną, powstałą przez zastąpienie w purynie trzech atomów wodoru grupami wodorotlenowemi.

Zastosowanie takiego podziału wydało nadspodziewane owoce. Okazało się, że w bardzo wielu reakcyach chemicznych jądro purynowe nie ulega zmianie, reakcye ograniczają się tak, jak w połączeniach benzolowych lub pirydynowych, do wzajemnego zastępowania atomów i rodni w łańcuchach bocznych. Reakcye, jakiemi Fischer posługiwał się w swoich syntezach, są:

1) Otrzymanie syntetyczne kwasu moczowego z kwasu pseudomoczowego w sposób poprzednio opisany, które tyczy się także związków homologicznych, mianowicie kwasów metylomoczowych.

2) Otrzymanie kwasów moczowych, podstawionych grupami metylowemi, albo wychodząc z odpowiednio postawionego kwasu pseudomoczowego, albo też bezpośrednio działaniem jodku metylu na alkaliczny roczczyn kwasu moczowego, przyczem zmieniając stosunek obydwóch ciał, oraz temperaturę reakcyi, można wstawić kolejno jedną do czterech grup metylowych i to w rozmaitych miejscach.

3) Podstawienie kolejno grup hydroksylowych przez chlor działaniem tlenochlorku i pięciochlorku fosforu w rozmaitych warunkach.

4) Częściowa lub całkowita redukcya produktów chlorem podstawionych zapomocą jodowodoru w temp. 0°, lub pyłku cynkowego.

5) Podstawienie chloru przez grupę wodorotlenową, etoksylową ($C_2 H_5 O$ —) lub aminową przez gotowanie z alkaliami lub kwasami, z alkoholowym rozczynem potażu żrącego, wzgiędnie z amoniakiem.

Przez odpowiednią kombinacyę podanych tu metod zdołał Fischer otrzymać przeszło sto pięćdziesiąt rozmaitych związków pochodnych puryny, między którymi znalazły się wszystkie t. zw. ciała ksantynowe ze świata zwierzęcego i roślinnego. Nie podobna byłoby mi opisać wszystkich tych puryn; zadowolnić się muszę opisem sposobu otrzymania najważniejszych, mianowicie samej puryny i jej związków pochodnych, znajdujących się w przyrodzie. (dok. n.)

* * *

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki Prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał

Dr. W. Chlumsky,

I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Przed laty 40 opisał bliżej nieznany autor w „Gazette des hôpitaux“ pewien rodzaj zniekształtnienia klatki piersiowej, której kształt porównał do lejka („une petite fossette, qui... s' excava en forme d' entonnoir“). W kilka lat później i inni autorowie zwrócili uwagę na tę bezkształtność (Luschka, Eggel, Flesch, Hagmann, Ebstein i in.). Ebstein nadał jej nazwę „Trichterbrust“ (pierś lejkowata). Wszyscy wspomniani autorowie razem podają zaledwie kilka przypadków tej nieprawidłowości, wskutek czego możnaby sądzić, że należy ona do wielkich rzadkości; przytem opisy i szczegóły przez nich podane nie pozostają ze sobą w zupełnej zgodzie.

W ciągu ostatnich kilku lat miałem sposobność spostrzegać kilkanaście przypadków wspomnianego zniekształtnienia. Niektóre z nich, zwłaszcza przypadki, obserwowane przezemnie w klinice prof. Hoffy, badałem uważnie i szczegółowo. W pracy niniejszej podaję wyniki tych badań i porównuję je z poglądami innych autorów.

Pod nazwą „thorax en entonnoire“, „Trichterbrust“, „funnelshapedbreast“, „pecho en embudo“, rozumiemy zagłębienie owalne lub okrągławe przedniej ściany klatki piersiowej w linii środkowej ciała. Punkt najgłębszy tej wklęsłości przypada powyżej wyrostka mieczykowatego. Zagłębienie jest utworzone przez wygięcie się mostka ku tyłowi, przy równoczesnem wygięciu się mostkowych końców żeber ku przodowi. Mamy więc tutaj do czynienia z zniekształtnieniem przedniej ściany klatki piersiowej, nie zaś, jak sądzą Picqué i Colombani, tylko ze zniekształtnieniem samego mostka. Autorowie ci uważają wygięcie się mostka za sprawę pierwotną, a wszystko inne za zmiany następowe; zapominają jednak o tem, że wygięcie mostka i wygięcie żeber występują równocześnie, że jedno bez drugiego nie da się wyobrazić. Wprost niepodobna pomyśleć jedno lub drugie za istniejące dawniej, za objaw, co do czasu pierwotny, a nie jednoczesny.

Postać zewnętrzna wgniecenia jest w mniej rozwiniętych przypadkach, a te są najczęstsze, owalną. W cięższych przypadkach ma ono kształt więcej kolisty, co jest wynikiem umiejscowienia tego zniekształtnienia. Jeżeli wgniecenie jest małego stopnia, to końce domostkowe żeber są tylko lekko, i to tylko tuż przy mostku wygięte, wskutek czego dołek przybierze kształt owalny. W miarę, jak zagłębienie to jest większe, odcinki żeber ulegają wygięciu, co pociąga za sobą powiększenie się poprzecznego wymiaru zagłębienia. Wymiar

podłużny nie może się współcześnie powiększać na długość w tym samym stopniu, tworzy go bowiem. mostek, stosunkowo dosyć krótki. Marie, Fabre, Picqué i Colombani, którzy zajmowali się jedynie cięższymi przypadkami tego cierpienia, podają w przeważnej liczbie przypadków kształt okrężny.

Z góry ku dołowi wgniecenie klatki piersiowej przybiera tylko zwolna na głębokości; w kilku naszych przypadkach rozpoczynało się dopiero na wysokości 2-go lub 3-go stawu mostkowo-żebrowego. Górna granica zagłębienia leżała w przypadku, spostrzeganym przez Picquégo i Colombaniego, już we wcięciu mostka *(incisura sterni)*; inni autorowie, jak Ebstein, Hoffa, Kümmel, znaleźli ją dopiero przy „angulus Ludovici“ i jeszcze głębiej i tę granicę uważają za prawidłową. Jednakowoż i tutaj zdaje się rozstrzygać ciężkość przypadku oraz stopień zniekształtnienia. Im cięższy przypadek, tem większa przestrzeń żeber i mostka jest wygięta; w najcięższym z przypadków, widzianych u Hoffy, mostek był wygięty na całej swej długości.

Dolna granica zagłębienia ulega również wahaniom. W lżejszych przypadkach kończy się zagłębienie na kilka centymetrów poniżej wyrostka mieczykowatego: w cięższych — sięga do połowy odległości między wyrostkiem mieczykotym a pępkiem, a nawet i wyżej. Podług Picquégo i Colombaniego dolna granica zagłębienia ma przypadać w 12-centymetrowej odległości powyżej pępka.

Najgłębszy punkt dołka znajduje się w większości przypadków na jakie 2 ctm. poniżej linii międzysutkowej *(linea intermamillaris)*; w przypadku Hoffy leżał on w samej linii. W przypadku Picquégo i Colombaniego i kilku moich odpowiadał stawom śródmostkowo-mieczykowatym *(articulatio mesosternoxyphoidalis)*. Punkt ten leży albo ściśle w linii środkowej ciała, albo nieco przesunięty w bok, ku brzegowi mostka (Mendez). Całe wgłębienie znajduje się albo w środku klatki piersiowej (co stwierdza przeważna część autorów), lub leży cokolwiek z boku, jak właśnie w jednym z naszych przypadków. Rzadko jednak jest to przesunięcie znaczniejsze.

Głębokość zagłębienia ulega znacznym wahaniom; przypadki typowe odznaczają się większą głębokością (8—9 ctm. „Gazette de hôpitaux“; 7 ctm. Ebstein; $5^1/_2$ ctm Ramadier i Serier; 5 ctm. nasz przypadek). Przypadki mało wybitne wykazują głębokość zaledwie 1 ctm. Picqué i Colombani zaliczają przypadki, których wgniecenie jest głębsze nad $2^1/_2$ ctm. do „anomalie en infundibulum“, a nie do szeregu klatek lejkowatych. W przypadkach moich głębokość wynosiła $1^1/_2$, $1^1/_2$, $2^1/_2$, 3 i 5 ctm. Większa więc część przypadków nie odznaczała się zbyt znaczną głębokością, a dwa pierwsze stoją według tego, cośmy powiedzieli, na granicy stosunków prawidłowych; zaliczamy je pomimo to do rzędu klatek piersiowych lejkowatych, ponieważ cały charakter tego cierpienia jest więcej miarodajnym, aniżeli pojedyńczy jego objaw. Mierzenia głębokości, dokonywane przez różnych autorów, nie są zresztą podług naszego zdania bez zarzutu, ze względu na to, że je w rozmaity sposób przeprowadzano.

Picqué i Colombani zamierzyli oznaczyć głębokość wgniecenia zapomocą prostopadłej, wykreślonej z najgłębszego punktu zniekształtnienia do linii międzysutkowej. Z szematycznej ilustracyi tych autorów wynika jednak, że mierzą oni głębokość gniecenia, porównując wymiary klatki piersiowej, przeprowadzone na osobnikach, dotkniętych tą wadą z wymiarami u osób zdrowych, będących w tym samym wieku. Ten sposób mierzenia nie zabezpiecza od mnóstwa błędów, tem bardziej, że osoby, posiadające pierś lejkowatą, są wogóle gorzej rozwinięte, trudno więc rozmiary ich ciała porównywać z rozmiarami osób o budowie prawidłowej.

Marie znowu oznacza tę głębokość, mierząc odległość od najgłębszego punktu zagłębienia do linii prostopadłej, wykreślonej (w stojącej postawie badanego) z miejsca największej wyniosłości mostka powyżej dołka — ku dołowi.

Ja oznaczałem głębokość, mierząc w położeniu leżącem pacyenta długość linii prostopadłej, wykreślonej z najgłębszego punktu lejkowatego zagłębienia do linii stycznej, łączącej obydwa brzegi zewnętrzne lejka w tej samej wysokości. Ponieważ jednak głębokość lejka ulega przy wdechu i wydechu znacznym zmianom, przeto dokonywałem mych pomiarów przy miernym wydechu pacyenta. Wskutek tego otrzymałem liczby cokolwiek mniejsze od uzyskanych przez innych autorów, ale zdaje mi się, że moje pomiary podają dokładniej istniejące stosunki.

Pojemność zagłębienia, oznaczona w centymetrach sześciennych wody, również ulega wahaniu; wynosi ona około 50—60 ctm. w przypadkach lżejszych, a dochodzi, jak w przypadku Picquégo i Colombaniego, do 170 ctm. i więcej.

Jeżeli teraz zajmiemy się bliżej pojedynczemi częściami składowemi, tworzącemi to zniekształtnienie, musimy przedewszystkiem poświęcić naszą uwagę samemu mostkowi. Tworzy on garb ku wewnątrz, i to albo na całej swej długości, lub tylko w swej części dolnej. Spostrzegałem obydwa te rodzaje wygięcia mostka. Wygięcie zaczyna się w największej liczbie przypadków początkowo bardzo nieznacznie, a ku końcowi mostka staje się coraz silniejszem i wyraźniejszem, i to tem więcej, im bliżej wyrostka mieczykowatego, który sam bywa tylko bardzo nieznacznie, lub wcale nie bywa wygiętym. Zwyczajnie jest on równocześnie cokołwiek wstrzymany we wzroście.

Temu wygięciu garbowemu (kifotycznemu) mostka towarzyszą w rzadszych przypadkach i wygięcia boczne. W jednym z naszych przypadków mostek miał kształt zygzakowaty. Ebstsin spostrzegał wygięcie śródmostka ku stronie lewej. Mender — jego skręcenie i zbaczanie na prawo; — w najczęstszych przypadkach ogranicza się skrzywienie mostka do charakterystycznego garbu *(kyphosis)*.

Długość i szerokość mostka zbacza rzadko od prawidłowego wzoru, jak wykazały badania przeważnej części autorów, a również i moje. W przypadku Hagmanna długość mostka u dziecka jednorocznego wynosila 75 mm., zamiast 115 mm., odpowiadających wiekowi dziecka. Remadier i Serieux znaleźli natomiast mostek dłuższy od prawidłowego, a mianowicie 210 mm., zamiast 170 mm. W naszych przypadkach długość mostka mało odstępowała od długości u osób prawidłowo zbudowanych; wynosiła bowiem 95 — zamiast 110, 140 — zamiast 130—150 mm., 150 — zamiast 120—150 mm.

Szerokość mostka, mierzona na wysokości między drugiem a trzeciem żebrem, wynosiła około 2 ctm.

Kształt mostka bywa zresztą niezmieniony, oprócz wyżej wspomnianego, słabo rozwiniętego wyrostka mieczykowatego. Ebstein opisuje przypadek z brakiem kawałka brzegu

mostka po stronie prawej, tudzież z brakiem odpowiedniej chrząstki żebrowej, co w następstwie pociągnęło za sobą wklęsłe zboczenie kręgosłupa po stronie prawej.

Przednie końce żeber są wygięte ku przodowi i linii środkowej ciała i to tem silniej, im leżą bliżej najgłębszego punktu zagłębienia. Zresztą nie okazują żadnej nieprawidłowości.

Wygięcie żeber jest zwykle symetryczne, równie silne po obydwóch stronach; — czasem (jak w naszym przypadku) jest ono po jednej stronie nieco wybitniej zaznaczone i przypomina bardzo wygięcie, towarzyszące rozwiniętemu bocznemu skrzywieniu kręgosłupa.

Skóra i mięśnie dotkniętej części były we wszystkich przezemnie spostrzeganych przypadkach równie rozwinięte, jak w innych okolicach ciała pacyenta.

Oprócz wgniecenia w przedniej ścianie klatki piersiowej znajdujemy na niej i inne zboczenia od stanu prawidłowego. W trzech moich przypadkach istniało zboczenie kręgosłupa wklęsłe ku stronie prawej *(skoliosis dorsalis dextro-convexa)* miernego stopnia; — w innym znowu przypadku znalazłem nieznaczną kombinacyę garbu ze skrzywieniem bocznem, a tylko w jednym przypadku nie było nic nieprawidłowego. Ebstein, nieznany autor z „Gazette des hôpitaux". Picque i Colombani spostrzegali w swoich przypadkach również skrzywienie kręgosłupa, a Mender i Ebstein garb kręgosłupa ku przodowi i ku tyłowi. Inni autorowie nie podają w swoich opisach jakichkolwiek zboczeń w tym kierunku.

Mierząc dokładnie znajdujemy dalej po największej części, że obwód klatki piersiowej jest w najgłębszem miejscu wgniecenia mniejszym, a wymiar poprzeczny nieco większy, niż w stanie prawidłowym. Ten ostatni był w naszych przypadkach stale większy, i to o 10 cmtr., lub nawet i więcej. To samo zauważyli i inni autorowie, jak Hagmann, Eggel, Flesch, Ebstein.

Wymiar przednio-tylny bywa natomiast, a zwłaszcza w przypadkach cięższych, uderzająco mniejszym od prawidłowego.

Wskutek tych rozmaitych stosunków w wielkości poszczególnych wymiarów klatki piersiowej, jest także i t zw. „l'indice thoracique" (t. j. stosunek wymiaru poprzecznego × 100 do wymiaru przednio-tylnego) znacznie większym od prawidłowego. Podług Weisbergera wynosi on u prawidłowego człowieka dorosłego 140, podług Rillego i Bartlera 150; w przypadku Picquégo i Colombaniego wynosił 236; w naszych przypadkach 150, 199, 200, 230 i 227.

Nierzadko występują obydwie połowy klatki piersiowej nierównomiernie ku przodowi, a to wskutek tego, że zagłębienie jest przesunięte więcej ku jednej lub drugiej stronie. W tym razie muszą wymiary przednio-tylne obydwu połów klatki piersiowej różnić się wielkością; różnice jednak nigdy nie są znaczniejsze. (C. d. n.)

III. Wyciągi.

Prof. König: **Następowe schorzenia po rzeżączce i ich chirurgiczne znaczenie.** *(Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 47, 1900). Z szeregu stanów chorobowych, pozostających w związku z rzeżączką, omawia autor w szczególności dwa, a mianowicie zakażenia nerek i stawów.

Badania doświadczalne wykazały, że można zakazić miedniczkę nerkową przez bezpośrednie wprowadzenie materyału zakaźnego, jeżeli się stworzy przeszkodę dla odpływu moczu przez tymczasowe podwiązanie moczowodu. Warunkowi temu również stawać się musi zadość w podobnych schorzeniach u człowieka.

Schorzenia nerek na tle rzeżączki, a zwłaszcza stany zapalne miedniczek i roponercze, *(pyonephrosis)* nie są zbyt częste. Przydarzają się tak u mężczyzn, jakoteż u kobiet. U mężczyzn w postaci ostrej, przyciężkiej rzeżączce, przechodzącej na pęcherz i w postaci podostrej, przy istniejącej rzeżączce w tylnej części cewki z zwężeniem. K. przypuszcza, że zmiany te u kobiet częściej występują, gdyż podczas ciąży nie rzadko wytwarza się roponercze. W większej ilości tych wypadków można, zdaniem autora, przyjąć rzeżączkę za tło sprawy zapalnej. Ciężarna macica stanowi w tych razach przeszkodę dla odpływu moczu. Rzadkie są przypadki, w których zagięcie moczowodu przy nerce wędrującej, stanowiąc tę właśnie przeszkodę, wywołało roponercze. Przypadek taki spostrzegał i operował K. Przyszyciem nerki wyleczono roponercze.

Przy omawianiu zmian w stawach uwzględnia K. w pierwszym rzędzie staw kolanowy. Uwagi wypowiedziane odnoszą się *mutatis mutandis* zarówno do innych stawów. K. odróżnia następujące cztery postacie rzeżączkowego zajęcia stawów: *1) Hydrops gonorrhoicus, 2) Arthritis serofibrinosa et catarrhalis, 3) Arthritis purulenta, empyema articul., 4) Arthritis phlegmonosa (para-et periarticul).* Trzy pierwsze postacie przydarzają się również z innych przyczyn; czwarta jest znamienną dla zakażenia rzeżączkowego. Rozpoznanie jest pewnem, jeżeli w przebiegu świeżej rzeżączki pojawia się zajęcie jednego stawu. W innych przypadkach rozpoznanie jest bardzo trudne: pewności udziela jedynie wykazanie gonokoków w wysięku. Zapalenia te zaledwie w połowie przypadków ustępują pod wpływem leczenia bez dalszych następstw; w pewnej liczbie zejście nie jest pomyślne z powodu utrzymującej się stale bolesności stawów, upośledzenia lub całkowitego zniesienia ruchomości i przykurczeń. Pierwszą zasadą leczenia jest ustalenie stawu. K. używa w tym celu opatrunku gipsowego, który zakłada na 8—14 dni. Obok tego stosuje na skórę środki lekko drażniące, jak nalewkę jodową. Jeżeli leczenie takie zawodzi, wykonuje nakłucie stawu z następowem wstrzyknięciem 8—10 gm. 5% kw. karbolowego. W przypadkach, gdzie stan miejscowy mimo kilkakrotnych nakłuć nie ulega poprawie, wskazanem jest szerokie otwarcie stawu. W nielicznych tylko przypadkach zmiany w samych kościach wymagają resekcyi. Na szczególniejszą uwagę zasługuje rzeżączkowe zapalenie stawu biodrowego. W uwzględnieniu objawów klinicznych można tu odróżnić dwie postacie: Lżejszą, w której nie występują zboczenia w ustawieniu kończyny i przykurczenia i cięższą, w której wymienione objawy rychło się pojawiają. W gromadzie drugiej również można odróżnić przypadki lżejsze — z miernem zgięciem, odprowadzeniem (abdukcyą) i skręceniem (rotacyą) na zewnątrz i przypadki cięższe, z silniejszem zgięciem, przyprowadzeniem (addukcyą) i skręceniem (rotacyą) na wewnątrz. W ostatnich prawie bez wyjątku następuje zwichnięcie główki ku tyłowi i ograniczone zniszczenie panewki i główki. Najlepsze usługi oddaje przy rzeżączkowem zapaleniu stawu biodrowego leczenie wyciążkami. *Urbanik.*

Rosenthal (Berlin). **O schorzeniach serca w przebiegu kiły i rzeżączki.** *(Berl. klinisch. Wochenschrift* Nr. 47 i 48 1900.) Autor, uwzględniając tylko te postacie chorób sercowych, które są następstwem jedynie kiły nabytej, utrzymuje, że pojawiają się one w 2—3 lat po pierwotnem zakażeniu, jako objaw kiły trzeciorzędnej, — za bezpośrednią zaś przyczynę można uważać zaburzenia w ogólnem odżywieniu, które nie mogą pozostać obojętnemi dla serca, a nadto zgubny wpływ jadu kiłowego. Najczęściej bywa sam mięsień sercowy chorobowo zmieniony pod postacią mniejszych lub większych kilaków, przechodzących nie rzadko w tłuszczowe zwyrodnienie, lub zserowacenie, — wessanie z pozostawieniem miejsc łącznotkankowych jest zwrotem najpomyślniejszym. Samoistne schorzenie śródsierdzia na tle kiłowem przydarza się bardzo rzadko; niektórzy podają to nawet w wątpliwość, — to samo tyczy się worka sercowego; w większości przypadków są to zmiany, które przeniosły się z mięśnia sercowego. Wreszcie nadmienić należy, że czasami napotkać można obraz chorobowy, znany pod nazwą *angina pectoris syphilitica,* znamionujący się arytmią, biciem serca i dychawicą (asthma), pomimo że badanie pośmiertne nie stwierdza żadnych zmian w sercu. Do już przytoczonych bezpośrednich przyczyn, wywołujących wymienione cierpienia serca, dodać jeszcze trzeba kilka czynników usposabiających: istniejące wady serca i naczyń, nadużywanie wyskoku i tytoniu, nagłe lub długotrwałe urazy psychiczne, nie mniej kiła niedostatecznie, lub zupełnie nieleczona.

Dla tego rodzaju cierpień nie można zakreślić szczegółowej symptomatologii; — są przypadki, które przebiegają bez żadnych znamiennych objawów, a chory kończy życie nagłą śmiercią; są zaś inne, odznaczające się częstymi napadami bicia serca, uczuciem trwogi, zawrotami głowy; przedmiotowo stwierdzić można słabe i nieregularne tętno, zarówno jak i objawy istniejącego zapalenia mięśnia sercowego. Szczególniej podejrzane są napady bicia serca i braku tchu, niczem nie wytłómaczalne, a występujące zwykle w pierwszej połowie nocy. Rozpoznanie, o ile ono może być ścisłe, jako *myocarditis syphilitica*, winno się opierać na starannych a wyczerpujących wywiadach i na znamiennych dla kiły objawach w innych narządach ustroju. Przebieg jest zwykle powolny; rokowanie należy od okresu, w którym chory poddał się leczeniu. — Jeżeli zaburzenia, a względnie zmiany w sercu, są trwałe, wówczas rokowanie jest samo przez się niekorzystne.

Przechodząc do leczenia, wspomina autor pobieżnie o środkach sercowych, kładąc tem większy nacisk na równoczesne stosowanie rtęci i jodu; jodku potasowego nie zaleca, — szczególnie zaś wskazaną jest nalewka jodowa wewnętrznie 3 razy dziennie po 5—10 kropel (w piwie, lub wodzie z dodatkiem koniaku), powiększając stopniowo dawkę do 20 kropel 3 r. dziennie. W przypadkach zaś, w których jod nie może być podawany, znakomite usługi oddaje podskórne wstrzykiwanie ogrzanej jodipiny, zaczynając od 10% roztworu, a przechodząc następnie do 25% (10,00 jednorazowo).

O ile w przebiegu kiły najpierw zostaje zajęty mięsień sercowy, a później dopiero śródsierdzie, o tyle przy rzeżączce jest stosunek wprost odwrotny, albowiem drobnoustroje dostawszy się w obieg krwi, osiadają przedewszystkiem na zastawkach serca i tętnicy głównej. W ten sposób wywołane zapalenie śródsierdzia może przybrać dwojaką postać, — albo złośliwą (*endocarditis ulcerosa*, *maligna*), sprowadzającą zazwyczaj śmierć chorego, albo zapalenie jest przewlekłe i uleczalne, często powikłane z rzeżączkowemi zmianami w stawach. Rokowanie nie da się wogóle ściśle określić, niewiadomo bowiem jaki zwrot przybierze całe cierpienie; rozpoznanie zaś i tutaj opiera się na szczegółowych wywiadach i na stwierdzeniu gonokoków we krwi. Leczenie winno być nietylko miejscowe, jako niszczenie ogniska pierwotnego (rzeżączka cewki moczowej), ale także stosowane do stopnia nasilenia cierpienia sercowego.

Dr. Henryk Pisek.

Auerbach i Unger. **O wykrywaniu prątków durowych w krwi chorych.** (*Deuts-med.-Wochs.* 1900 Nr. 49). Do niedawna zaledwo w odosobnionych przypadkach zdołano wykryć prątki durowe bezpośrednio w krwi chorych. Swieżo dopiero powiodło się to na większą skalę Schottmüllerowi (40 razy na 50 przyp.) i Castellaniemu (12:14). Na wzór ostatniego posługiwali się autorowie znaczniejszemi ilościami zwykłego bulionu (300 cm.^{3}) które zaszczepiano 10—30 kroplami krwi, wyciągniętemi aseptycznie strzykawką z *v. mediana*. Wykazano prątki we krwi 7 razy na 10 przypadków (lekkich i ciężkich) i to 3 razy w 12 dniu, po razu w 16—42 dniu choroby. Pewne rozpoznanie można w ten sposób uzyskać już w 36 godzin po wzięciu krwi chorego, a sposób ten nie jest trudniejszy od próby Widala i badania osutki durowej w kierunku prątków. W jednym przypadku zdołali autorowie nawet swym sposobem ustalić niepewne przedtem rozpoznanie. *C.*

Koch. **Przegląd wyników wyprawy dla badania zimnicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1900 Nr. 49). Nazwą zimnicy obejmuje się nie jedną tylko chorobę, ale całą gromadę rozmaitych, choć pokrewnych sobie zakażeń. Dawniej rozróżniano bardzo liczne ich odmiany. Od czasu jednak odkrycia pasorzytów zimnicy te tylko formy kliniczne można uznawać za odrębne odmiany zimnicy, w których znachodzi się swoista odmiana pasorzyta. Odrębność pasorzytów trzeciaczki i czwartaczki uznano od dawna. Nadto w samej Europie rozróżniaćby należało pasorzyty zimnicy codziennej, zawierające i niezawierające barwiku, i pasorzyty trzeciaczki złośliwej, wreszcie pasorzyty, wywołujące „febri malariche a lunghi intervalli“ (Golgi). Prócz tych 6 gatunków europejskich zdawały się istnieć odrębne pasorzyty podzwrotnikowe. Toteż Koch spodziewał się napotkać w parazytologii zimnicy włoskiej i podzwrotnikowej na znaczne trudności, ku wielkiemu jednak swemu zdziwieniu spotkał się zarówno w Afryce, jak we Włoszech oprócz pasorzyta trzeciaczki i czwartaczki z jedną tylko jeszcze (pierścionkowatą, a niekiedy wytwarzającą półksiężyce) odmianą pasorzyta, wywołującego zimnicę o typie z początku trzeciaczkowym, a potem nieregularnym. Ta postać zimnicy jest w gruncie rzeczy temsamem, co tzw. złośliwa trzeciaczka i „febri a lunghi intervalli“ Golgiego. Również i Ameryce, w Indyach i na Oceanie południowym nie spotkał K. mimo starannych poszukiwań żadnych innych odmian pasorzyta, prócz 3 już wspomnianych. Dla owej trzeciej (oprócz zwykłej trzeciaczki i czwartaczki) odmiany zimnicy za najwłaściwszą nazwę, zamiast „trzeciaczka złośliwa“ i „febris aestivoautumnalis“ uważa K. miano „zimnicy podzwrotnikowej“.

W Nowej Gwinei spotkał K. pożądaną, rzadką dziś wogóle sposobność — badać zimnicę w czystej postaci jej rozwoju. Panujące bowiem tam odwieczne stosunki, ludożerstwo, wzajemna walka osad i t. d. stwarzają z każdej osady odrębne społeczeństwo, od reszty świata najzupełniej odcięte. Badając mieszkańców jakiejś osady, można być pewnym, że zimnicy nabyli oni na miejscu, — że jestto zimnica naprawdę endemiczna; w innych zaś miejscowościach, do których ludność napływa i z których się wydala na czas pewien, może być zimnica zawleczona, stąd więc nie można być pewnym, czy miejscowości te są prawdziwemi ogniskami zimnicy. Otóż w takich niewątpliwie pierwotnych ogniskach zimnicy (dwie wsie nad zatoką Astrolabe) było zakażonych wśród dzieci niżej 2 lat 80—100%, między 2—5 rokiem 41·6 46·1%, między 5—10 rokiem (w jednej z miejscowości) 23·5%, między starszymi 0%. Jeżeli więc zimnica rozwija się bez przeszkody, to znajduje się ją tylko wyłącznie u dzieci. Zjawisko to tłómaczy Koch powoli wprawdzie nabytą, ale istotną odpornością przeciwzimniczą. (Jak wiadomo Kohlbrügge, Glogner i inni lekarze kolonialni zwalczają bardzo stanowczo to zdanie Kocha, a tłómaczą częstość zimnicy u dzieci, rzadkość u starszych tem, iż co słabsze osobniki giną w dzieciństwie na zimnicę, tylko zaś silniejsze, lub obdarzone — rzadką zresztą — odpornością wrodzoną (nie dziedziczną) dochodzą lat dojrzałych. Prace przeciwnika Kocha znajdują się w ostatnich tomach Archiwu Virchowa. (*Przyp. spraw.*) W twierdzeniu tem opiera się K. na tem, że dorośli z okolic zimniczych przenoszący się w okolice także zimnicze, nie dostają zimnicy, natomiast przybysze z okolic niezimniczych ulegają w miejscowościach zimniczych natychmiast zakażeniu. Ciekawe też pod tym względem jest spostrzeżenie, że przybysze z okolic wyłącznie czwartaczką nawiedzanych, poprzednio zdrowi, dostawali w innych zimniczych okolicach trzeciaczki lub zimnicy podzwrotnikowej, z czego K. wnosi, że odporność nabyta wobec pewnej odmiany zimnicy nie chroni od zakażenia innemi jej odmianami. Wywody swoich przeciwników w sprawie istnienia nabytej odporności przeciwzimniczej stara się K. osłabić zarzutem, że nie opierają się oni na badaniu pierwotnych i nietkniętych ognisk zimniczych, ale na spostrzeżeniach, dotyczących zimnicy leczonej. „Jeżeliby“ — powiada K. — „zmniejszanie się częstości zimnicy u dorosłych zależało nie od odporności nabytej, lecz od pewnego rodzaju naturalnego doboru, jeżeliby nawet w myśl Glognera przebycie zimnicy stwarzało większą podatność ustroju dla dalszych schorzeń, toby (w obu wsiach z pierwotną zimnicą, nigdy nieleczoną, badanych przez Kocha) wszystkie dzieci wymrzeć musiały i ludność zupełnie zginąć, ponieważ wszystkie dzieci niżej lat 2 są zimnicą zakażone“ [zauważyć tu należy, że twierdzenie o zakażeniu wszystkich dzieci opiera K. na ogółem tylko sześciorgu dzieciach, badanych w jednej z owych wsi; w drugiej wsi zakażonych było już nie 100, ale 80% — a i tam badał K. tylko dziesięcioro dzieci. *Przyp. spr.*]. Jako jedyny sposób szybkiego i pewnego stwierdzenia endemii zimnicy uważa K. poszukiwanie pasorzytów we krwi dzieci danej miejscowości. W tym celu rozpościerał Koch w znany sposób warstewkę krwi, uzyskanej przez nakłócie opuszki palca, na szkiełku, suszył ją na powietrzu (jeżeli barwienie ma się odbyć po dłuższym czasie, trzeba pudełka ze szkiełkami szczelnie zamknąć w naczyniu z $CaCl_2$), ustalał w płomieniu i następnie w wyskoku bezwzględnym (20 min.), barwił błękitem metylowymboraksowym (5% boraksu, 2% błękitu) [wyrobu fabryk w Hoechst (Methylenblau medicinale)] rozcieńczonym, spłókując wodą preparat aż do zabarwienia zielonawoniebieskiego.

Ciekawe spostrzeżenia poczynił K. w owych dwóch wsiach N. Gwinei w przedmiocie powiększenia śledziony i tzw. charłactwa zimniczego (przyznając zresztą, że nie zawsze mógł śledzionę dostatecznie badać). Mianowicie u dzieci zimniczych poniżej $^1/_2$ roku obrzęku śledziony nigdy nie napotykał, — u starszych zakażonych dzieci, zwłaszcza między 3—6 r. ż., był obrzęk bardzo znaczny, natomiast już u osobników, liczących 14—15 lat, tembardziej u dorosłych, nie mógł K. nigdy wykazać powiększenia śledziony. Tosamo odnosi się do charłactwa. Spotykając u dzieci nieraz wejrzenie charłacze, nie widywał go K. nigdy u dorosłych. Z tego wnosi K. opierając się na swojem twierdzeniu co do odporności (zwalczanem, jak wspomniano powyżej. *P. Spr.*), że w miarę nabywania jej znikać mogą zarówno obrzęk śledziony, jak niedokrewność, charłactwo i inne objawy zimnicy nawet bez wszelkiego leczenia.

Sprawozdanie z innych zdobyczy wyprawy zapowiada K. w dalszych artykułach. *Ciechanowski.*

Klebs. **W sprawie przyczynowego leczenia gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1900. Nr. 49). Nie zapoznając znaczenia uzdrowisk dla suchotników i dążeń do poprawy ogólnych higienicznych sto-

sunków w zwalczaniu gruźlicy, sądzi jednakże Klebs, że środki te nie powinny przytłumić dawniejszego ruchu w kierunku wynalezienia swoistego przyczynowego leczenia. Klebs utrzymuje, że takim środkiem swoistym, przyczynowym, są dwa wynalezione przez niego przetwory: *tuberculocidinum i antiphtisinum*. Są to substancye antytoksyczne i bakteryobój, wydzielone z hodowli prątków gruźliczych, a tem różniące się od prostych wyciągów, jak np. tuberkulina, że nie zawierają toksyn. Ta obecność toksyn była główną wadą tuberkuliny i pokrewnych przetworów: Klebs wierzy, że leczenie tuberkuliną, jako zawierającą prócz toksyn także i obie, wydzielone przez niego antytoksyny, byłoby skuteczne, gdyby mogło być dostatecznie długo stósowane; temu jednak przeszkadza właśnie obecność toksyn w tuberkulinie, wywierających przy dłuższem jej stósowaniu na ustrój wpływ bardzo szkodliwy. Od swoistego środka przeciwgruźliczego należy wymagać, aby leczył najcięższe nawet zakażenie doświadczalne, za jakie uważa K. zakażenia, wywołane u morskich świnek, ważących 500 grm., zapomocą 0·1 świeżej jadowitej hodowli prątków; otóż zapomocą swoich przetworów zdołał Klebs, jak utrzymuje, świnki tak zakażone nietylko przez 152 dni utrzymać przy życiu, ale nawet u jednej z nich nie znalazł zupełnie już zmian gruźliczych, tylko w miejscu ich wszędzie blizny. Również można, zdaniem K., wykazać doświadczalnie, że działanie toksyczne tuberkuliny zostaje zobojętnione przez TC. (tuberkulocidynę). Jady, wytwarzane przez prątki gruźlicze, należą do obniżających ciepłotę ciała (podobnie, jak jady prątków cholerycznych, a przeciwnie, niż jady błonicze i durowe). Otóż na białych szczurach wykazał Klebs, że TC i AP (*antiphtisinum*) podnoszą ciepłotę, obniżoną przez działanie jadów, zawartych w tuberkulinie. Właśnie zaś zatruciu jadami (toksynami) gruźliczymi przypisuje K. najpoważniejszą bodaj rolę wśród skutków szkodliwych prątka gruźliczego, tem więcej, że jady te posiadają własność działania zbiooowego (kumulatywnego), któremu przeciwdziałać potrafi TC. Zapomocą TC u ludzi zdołał K., jak podaje, osiągnąć 60% wyleczeń (na 60 przypadków), nie licząc dalszych 18% polepszeń: są to wyniki, równe, a może lepsze od wyników leczenia w Davos (Egger podaje 60·4% wyleczeń łącznie z polepszeniami), a wszak K. nie mógł, jak twierdzi, dobierać odpowiednich przypadków na wzór Davos, lecz musiał leczyć wszystkich zgłaszających się. Ważniejszym niż % wyleczeń, jest % trwałych wyników; po leczeniu klimatycznem po jakimś czasie sprawa chorobowa znów się pogarsza; po swojem leczeniu zaś miał Klebs spostrzegać 10 przypadków (7 w Ameryce, 3 w Europie) w których polepszenie utrzymywało się 6—10 lat. Natomiast jako niegdyś kierownik oddziału suchotników w Pradze przekonał się Klebs, próbując najróżniejszych środków, że bez środka swoistego o jakichś trwalszych wynikach leczenia myśleć nie można,

Podstawą swoistego leczenia jest — oprócz możliwości wyleczenia danym sposobem najcięższych doświadczalnych — zakażeń zasada, że wyników dobrych można oczekiwać tylko w tej jedynej chorobie, którą wywołuje swoisty zarazek choroby. Oczywiście więc nie można oczekiwać dobrych wyników w sprawach powikłanych, w zakażeniach mięszanych, towarzyszących gruźlicy. Stąd najpodatniejszym materyałem w leczeniu będą te najczystsze postacie gruźlicy, które noszą nazwę zołzów. (Za ważną kliniczną cechę, świadczącą, że powiększenie zołzowych gruczołów jest przyrody gruźliczej, uważa K. ich bolesność za uciskiem). Stąd też koniecznie starać się należy przed leczeniem swoistem usunąć powikłania, co jednak nie zawsze da się wykonać.

Co do sposobu stósowania swoich środków, to zauważa Klebs, że równie skutecznym, jak wstrzykiwanie podskórne, a łagodniejszym sposobem okazało się podawanie TC na wewnątrz (w zwykłej wodzie), w danym razie do odbytnicy (u dzieci). Zewnętrzne stósowanie obok wewnętrznego ma leczyć zmiany skórne (tuberkulidy); również lokalnie należy stósować TC w gruźlicy chirurgicznej, usuwając ogniska serowate (nie ulegające pod wpływem TC nigdy wessaniu) drogą krwawą a wobec jam w płucach wykonując pneumotomię. *C.*

Hirsch i Beck (Lipsk). **Sposób określania wewnętrznego tarcia krwi krążącej u człowieka**. (*Münch. med. Wochsch.* 1900 Nr. 49). Pomijając opis przyrządu, obmyślonego przez autorów dla określenia wewnętrznego tarcia krwi krążącej na wzór przyrządu Ostwalda do oznaczenia współczynnika wewnętrznego tarcia cieczy, zasługuje na uwagę cel, dla którego autorowie przyrząd swój obmyślili (wyniki badań swym przyrządem mają autorowie podać wkrótce). Mianowicie dawniej już jeden z autorów (Hirsch *Dts. Arch f. kl. Med.* T. 68, 1900) wykazywał, że w większości przypadków przewlekłych zmian w nerkach powstaje przerost nietylko lewej, ale obu połów serca. Wobec tego żadne z podanych dotąd tłómaczeń przerostu serca w tych chorobach nerek nie mogło autorów zadowolnić, ponieważ wszystkie odnoszą się wyłącznie do przerostu samej tylko lewej komórki serca; należało zaś przypuścić, że w tych razach zwiększają się opory nietylko w dużem, ale w całem krążeniu. Zwiększenie oporów może zaś zależeć albo od zachowania się samych naczyń, albo od wewnętrznego tarcia, lepkości (*viscositas*) cieczy w nich krążącej. Pierwszą z tych możliwości należy odrzucić, i to zarówno co do czynnościowych (przypuszczalny stały kurcz błony mięsnej), jak i anatomicznych jej powodów, jak to Hirsch w wspomnianej pracy wykazywał. Pozostaje więc druga możliwość: zwiększenie się tarcia wewnętrznego krwi, jako przyczyna wzrostu oporów w przypadkach zmian przewlekłych nerek. To zwiększenie się tarcia wewnętrznego spodziewają się autorowie bezpośrednio wykazać swoim przyrządem. *C.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 58.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego i z posiedzenia nadzw. odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia gościa kol. Zakrzewskiego z Aleppu.

II. Kol. Kadyj w imieniu Towarzystwa im. Kopernika zaprasza członków Tow. lek. lwow. na najbliższe posiedzenie tego Towarzystwa przyrodniczego.

III. Kol. A. Gluziński wygłosił odczyt „O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Wechsler, Wiczkowski, Ziembicki, prelegent i Rencki.

Kol. Rencki: Obok braku wolnego HCl w treści żołądka, dotkniętego nowotworem, podnoszono, jako ważny objaw rozpoznawczy, obecność kwasu mlekowego, a Boas uważał go nawet pierwotnie za pewną oznakę raka. Dalsze badania wykazały, że kw. mlekowy zjawia się w późniejszym okresie choroby, a nadto wykazywano go w innych cierpieniach żołądka (Strauss, Hammerschlag). — Obserwując przypadki nowotworu żołądka na tle wrzodu okrągłego w odźwierniku, przebiegające z obecnością, a nawet nadmiarem (na czczo) woln. HCl, mogłem się przekonać, jak ten HCl powoli znikał z treści żołądkowej, a długo jeszcze (2—3 tygodnie) nie można było wykazać śladu kw. mlekowego. Wreszcie pojawił się kwas mlekowy w coraz większej ilości, a znikał zupełnie wolny HCl. Ztąd też uwzględnienie zachowania się wolnego HCl w żołądku, w myśl uwag prof. Gluzińskiego, ma daleko ważniejsze dla nas znaczenie rozpoznawcze, niż obecność kw. mlekowego. Natomiast możnaby wyzyskać to późne pojawienie się kw. mlekowego w celu prognostycznym. Te przypadki raka odźwiernika na tle wrzodu okrągłego — a te właśnie najwcześniej rozpoznać się dają, — w których stwierdzamy jeszcze obecność wolnego HCl, a może i w okresie, gdzie zniknął już wolny HCl, a niema jeszcze kw. mlekowego, — mogą się nadawać do wycięcia odźwiernika. Przypadki zaś, w których stwierdzimy kw. mlekowy, choćby jeszcze obok niego ślad w. HCl dawał się wykazać, jako już spóźnione, nie nadają się do leczenia doszczętnego, pomimo pozornie nawet bardzo korzystnych warunków dla samej operacyi, gdyż spodziewać się należy i po wycięciu nowotworu nawrotu choroby i przerzutów w gruczołach, których wśród operacyi stwierdzić nie możemy. Za tem zapatrywaniem przemawia przypadek, spostrzegany w klinice lekarskiej lwowskiej, w którym rozpoznano u osoby względnie młodej (lat 39) nowotwór odźwiernika przy obecności w. HCl w treści żołądka, obok kwasu mlekowego. Wśród operacyi stwierdzono w odźwierniku guzek wielkości orzecha laskowego, a w gruczołach przerzutów nie wykazano. W rok po operacyi chora zmarła wśród objawów raka żołądka. Czy zapatrywanie moje na znaczenie kwasu mlekowego jest słuszne, rozstrzygną spostrzeżenia chirurgów, których uwagę na powyższe szczegóły pragnąłbym zwrócić. Gdyby się można kierować wśród operacyi, przy innych korzystnych warunkach, brakiem lub obecnością kwasu mlekowego, miałby chirurg bardzo ułatwione zadanie, gdyż wybór między wycięciem odźwiernika a gastroenterostomią stawałby się jasnym.

Podnoszę tem skrzętniej to prognostyczne znaczenie kw. mle-

kowego, gdyż z tej strony nie uwzględniono dotąd dostatecznie pojawiania się kw. mlekowego w przebiegu raka żołądka — (Streszczenie własne).

IV Kol Hojnacki: O guzach łożyskowych z demonstracyą preparatów.

Prelegent przedstawia rzadki okaz włókniaków łożyska. Łożysko ważące 1150 grm. pochodzi z pierwiastki. 26 lat liczącej, która po upływie 10 miesięcy księżycowych ciąży urodziła zdrową córkę, ważącą 2500 grm. Przebieg ciąży był prawidłowy, nie przebywała żadnych chorób; kiła i zapalenie nerek wykluczone. Guzów w łożysku było 5, 4 wielkości mniej więcej orzecha włoskiego, piąty dużego jabłka. — Wszystkie otoczone miąższem łożyska w całości, ostro odgraniczone, posiadały rodzaj otoczki i wypuklały powierzchnię płodową. Zbitość ich twarda, barwa białawo-żółtawa, jednego z jądrem czerwonem. Badanie mikroskopowe dało obraz włókniaków, miejscami silnie unaczynionych, z niewielką domieszką komórek mięśni gładkich.

Oprócz tych pięciu guzów badanie wykazało częste zawały białe o typowych własnościach, umiejscowione przy obwodzie łożyska i na jego matczynej powierzchni. Po za tem wszędzie zmiany mniejszego lub większego zwyrodnienia i zaniku utkania łożyskowego, obok uderzającego zgrubienia ścian naczyń i rozrostu tkanki łącznej, prawdziwej „fibrosis“ kosmków.

W dalszym ciągu zestawia prelegent 40 zebranych z całego piśmiennictwa guzów łożyska, oraz przechodzi liczne teorye powstawania zmian patologicznych łożyska, zastrzegając sobie wypowiedzenie własnych zapatrywań w obszerniejszej pracy, która wkrótce drukiem ogłoszona będzie. (Sprawozdanie własne).

J. Krzyszkowski, sekretarz.

V. **O brakach w ustawie sanitarnej odnośnie do instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych.** *(Ust. z dnia 2 lutego 1891, Dz. u. kr. l. 17, Rozp. Wyk. Dz. u. kr. l. 82).*

Sic vos non vobis...

Niejednokrotnie słyszeć można zdanie, że organizacya okręgów sanitarnych nie spełniła pokładanej w niej nadziei. Jakkolwiek w rzeczywistości okręgi te po niedługim jeszcze istnieniu przyniosły dla ludności wprost nieobliczalne korzyści, dzięki jedynie osobistym zaletom stanu lekarskiego, to jednak w powyżej przytoczonym zarzucie mieści się niestety wiele prawdy.

Gdzie szukać zatem przyczyny tej mniej wybitnej działalności organizacyi okręgów sanitarnych? czy w samej ustawie (Ust. z dnia 2 lutego 1891 Dz. u. kr. l. 17. — Rozp. Wyk. Dz. u. kr. l. 82), czy też może po stronie lekarzy okręgowych, lub może w brakach w ustawach sanitarnych wogóle?

Instrukcya służbowa do ustawy o okręgach sanitarnych (Dz. u. kr. l. 82) w literach **a** do **z** określa tak szczegółowo obowiązki lekarzy okręgowych, że chyba dodać coś więcej do niej, posługując się zgłoskami innego alfabetu, niepodobna. Okręgi sanitarne są obsadzone (lub być powinny) drogą konkursów możliwie najlepszemi siłami; trudno zatem przypuścić, aby wszystkie z tych najlepszych sił były tak nieudolne, że działalność ich okazała się w skutkach jałową, Pozostaje zatem trzecie przypuszczenie do rozważenia, czy przypadkiem przyczyną w tym razie nie są braki w ustawach sanitarnych, czyli innemi słowy: czy przypadkiem, nakładając na lekarzy okręgowych bardzo szczegółowe obowiązki, nie zapomniano równocześnie o bardzo szczegółowych środkach do spełnienia tych obowiązków.

Nad tymi brakami, — jeżeli i o ile one istnieją. — wypadnie nam się zastanowić.

W myśl instrukcyi służbowej *(lit. s)*, lekarz okręgowy obowiązany jest: „interweniować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej“ i. .. „nie ograniczać swej czynności tylko do zadań sanitarno-policyjnych, lecz nieść czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zaraźliwą“, co przetłómaczone na codzienny język znaczy, że należy obok zarządzeń w celu zapobiegnięcia rozwleczeniu się choroby nagminnej, przepisać chorym leki. *Hic Rhodus — hic salta*. Na podpis lekarza okręgowego żadna apteka bezpłatnie (na koszt państwa) chorym leków nie wyda, bo ten do tego nie ma prawa, a funduszów krajowych, powiatowych, lub nawet gminnych na leki dla chorych ubogich niema. *Litera k)* instrukcyi służbowej nakłada wprawdzie obowiązek na lekarzy okręgowych stosować się przy zapisywaniu leków na koszt gminy do t. zw. „normy ordynacyjnej“ — nie daje jednak środków. i sposobności do spełniania tego obowiązku. Gmina bowiem pokryć kosztów aptecznych z własnych funduszów nie bardzo może, a bardzo nie chce. Zanim wójt zdecydowałby się lub mógł pokryć koszta leczenia z funduszów gminnych, — chory, o ile nie jest krewnym wójta, miałby czas dziesięć razy umrzeć.

A przecież chodzi tu o pewien wpływ moralny, który wywierać powinien lekarz na chorego i otoczenie. Wpływ ten lekarski ma szerzyć między ludem światło, postęp wiedzy, pociechę dla chorego i ufność w pomoc lekarską, i, — co za tem idzie, zaufanie do poleceń sanitarnych, zmierzających do stłumienia chorób nagminnych; wpływ ten wyrugować powinien partaczy znachorów, w których nasz biedny kraj także obfituje. Bo epidemię stłumić możemy najskuteczniej tylko zaufaniem ludzi do poleceń lekarskich, zaufaniem, którego nie zastąpią najostrzej sformułowane przepisy drakońskie, i zmuszanie do ich wykonania.

Ten cały wpływ moralny, który lekarz okręgowy w Galicyi mógłby wywrzeć redukuje się w rzeczywistości w czasie panowania chorób nagminnych do zera. Chory na chorobę nagminną nie poszle po lekarstwa, za które ma płacić, a które mu lekarz okręgowy, wezwany n p. przez zwierzchność gminną przepisze, — gdyż albo chorego na to nie stać, albo też jest przekonany, że lekarz okręgowy postępuje nieprawidłowo; gdyż lud przyzwyczaił się już do tego, że za leki, zapisywane przy t. zw. komisyach, ubodzy nie płacą. Zamiast więc zaufania wytwarza się przeciwnie lekceważenie i brak ufności do poleceń lekarza okręgowego, a potęguje się to tem więcej, jeżeli władza (jak to, niestety, zwykle się dzieje), deleguje c. k. lekarza powiatowego do dalszego tłumienia wykrytej przez lekarza okręgowego epidemii Aby pozyskać zaufanie ludu niejednokrotnie więc się zdarza, że, gdy wójt o chorobie nagminnej doniesie, lekarz okręgowy z własnych funduszów lekarstw dostarcza, gdyż nie ma prawa (przeciwnie, niż c. k. lekarz powiatowy) zapisać leków dla chorego na koszt państwa.

W ogólności *lit. s)*, podobnie jak wiele innych liter instrukcyi służbowej, zakrawa wobec braku środków wykonawczych, ustawowo określonych, na jakąś gorzką ironię, tem smutniejszą, że chodzi tu przecież o zdrowie ludu.

A środki zaradcze?

Kraj, który wydał ustawę, określającą tak (mówię to bez ironii), niezaprzeczenie pięknie i szczytnie obowiązki lekarzy okręgowych, — winien być powołany w pierwszym rzędzie do zaradzenia złemu, do dostarczenia środków, aby te obowiązki mogły być spełniane. Jak zadaniem lekarzy okręgowych jest zapobiegać epidemiom *(lit. s)*, i bezpłatnie leczyć chorych ubogich *(lit. i* instr. służb), tak zadaniem kraju jest obmyśleć środki, aby wydane przez niego ustawy mogły być stosowane w rzeczywistości, gdyż inaczej „interwencya wczesna i roztropna“ lekarzy okręgowych przy chorobach nagminnych pozostanie na cierpliwym papierze tak długo, jak długo ubodzy, przynajmniej chorzy na choroby nagminne, nie będą mogli otrzymywać leków bezpłatnie. Innemi słowy: należy przeprowadzić ustawę, aby lekarze okręgowi mieli prawo już przy pierwszym przyjeździe, przedsięwziętym na wiadomość o epidemii prawo zapisywać, leki dla ubogich chorych na koszt państwa, a w tym celu Wydział krajowy przeprowadzić winien rokowania z c. k. Rządem.

Podkreślamy: „na koszt państwa“. Podkreślenie

to, czy jest czemś więcej nad zwykłem *pium desiderium* okaże się, jeżeli wytrzyma krzyżową próbę słuszności i prawa.

Co do słuszności, to chodzi tu przecież o zdrowie tych najbiedniejszych i przez los wydziedziczonych, a nie widzimy przyczyny, dla którejby mieli być wydziedziczeni także przez ustawodawstwo W takim bowiem razie:

Strach-by było z tego siewu żąć żniwo
Bo byłyby kłosy krwawe....
(*M. Konopnicka*).

Co do prawa, to dekret kancelaryi nadw. z 27 lutego 1806, l. 2156 (Gub. l. 9594 z 1806) w punkcie 9) wyraźnie określa, że „ubodzy otrzymują wszędzie lekarstwa bezpłatnie“. Ktoś jednak koszt tych lekarstw ponieść musi Kto zatem? Czy gmina? Odnośnie do instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych — teoretycznie nie gmina ma ponosić koszta leczenia ubogiego, albowiem „ponosi je z tytułu zaopatrzenia ubogich tylko wtedy, jeżeli go lekarz wskutek polecenia c. k. starostwa lub gminy obejmie w kuracyę“. (Orzecz. min. spr. wewn. z 18 listopada 1866, l. 17.554), według zaś instrukcyi służbowej (*lit. s*). lekarz okręgowy obowiązany jest zapobiegać epidemiom, otrzymawszy wiadomość (niekoniecznie od zwierzchności gminnej) o chorobie zaraźliwej, przyczem o tem, aby leczenie miało być na koszt gminy, niema (słusznie) mowy. Zawiadomienia zresztą przez zwierzchność gminną nie można uważać za polecenie do leczenia na koszt gminy. C. k. starostwo zaś, gdyby nawet chciało w myśl powyżej przytoczonego orzeczenia polecić leczenie ubogiego chorego na koszt gminy, to nie może, gdyż o pierwszych przypadkach epidemicznych, które najczęściej sam lekarz okręgowy wykrywa, jeszcze nie wie.

Gdy teoretycznie, t. j. w myśl obowiązujących ustaw, leczyć na koszt gminy ubogich, chorych na choroby zaraźliwe, nie można, to praktycznie tembardziej jest to rzeczą niemożebną. Jeżeli bowiem gdzie nawet istnieje w budżecie gminnym fundusz „na leczenie ubogich“, to przy znanej gospodarce bywa on na wszystko inne wyczerpywany, tylko nie na leczenie ubogich, a w kasach gminnych, — pożal się Boże, — wiecznie pustki.

Gdyby nawet przeprowadzić się dało niesłuszną ustawę, że powziąwszy wiadomość, lub stwierdziwszy osobiście chorobę zaraźliwą, lekarz okręgowy może leczyć ubogiego chorego na koszt gminy, to zastosowanie praktyczne takiej ustawy zraziłoby zwierzchności gminne, które odtąd taiłyby bardziej jeszcze, niż to czynią obecnie, wybuch epidemii.

Kto jednak wydał to prawo, że „ubodzy otrzymują wszędzie (*sic!*) lekarstwa bezpłatnie“, ten powinien ponosić koszta apteczne, a więc c. k. Rząd.

Jeżeli lekarz okręgowy będzie miał prawo zapisywać na koszt państwa leki dla ubogich chorych już przy pierwszych, stwierdzonych przez siebie, przypadkach epidemicznych, korzyść będzie obopólna: dla chorych i dla c k. Rządu, któremu przecież na tem zależeć powinno, aby tłumienie epidemij odbywało się najrychlej, a więc najtaniej, bo gdy epidemia, z powodu braku środków, rozwlecze się po całej gminie, to tłumienie jej drożej przecież wypadnie.

Kto do tłumienia epidemij w okręgach sanitarnych delegowanym być powinien? Okólnik c. k. Namiestnictwa z 20/7 877 l. 36141 uważa za „pożądane, aby leczenie chorych, zapadłych na chorobę nagminną, poruczano li lekarzowi powiatowemu“. Nie znosząc przytoczonego okólnika, dwa inne, później wydane, rozporządzenia Reskr. min. spr. wewn. z 7/3 887 l. 3098 — ok. Nam. z 16/4 887 l. 15,388 w punkcie 5) i Okóln. Nam. z 13/6 889 l. 38 336 punkt 4) określają. że w danym razie: „należy delegować na koszt Skarbu Państwa najbliżej mieszkającego lekarza“.

To najdawniejsze (z r. 1877) rozporządzenie bywa w wielu powiatach przestrzegane z mniej korzystną dla skarbu państwa gorliwością.

Przez zastosowanie jednak dwóch później wydanych rozporządzeń c. k. Rząd zyskałby na tem, że epidemia, tłumiona przez najbliższego lekarza, a więc w okręgach sanitarnych lekarza okręgowego, taniej by kosztowała (t. zw. kilometrowe!) Nadto lekarz okręgowy, jako najbliższy, a przez ciągłe objazdy najdokładniej znający stosunki sanitarne swego okręgu i przesądy ludu, skuteczniej mógłby w wielu razach działać, niż lekarz dalej mieszkający, a tem samem i budzić zaufanie ludu do wzywania pomocy lekarskiej.

Przy obecnych stosunkach wykrycie epidemii jest, że się tak wyrażę, przeciwne interesowi materyalnemu lekarza okręgowego, gdyż niejednokrotnie musi on z obowiązku ludzkości ponosić koszta apteczne dla ubogich chorych, a po wykryciu przez niego epidemii, władza dalsze dojazdy powierza c. k. lekarzowi powiatowemu, przez co lekarz okręgowy pozbawiony jest pewnej rekompensaty, jako zwrot kosztów komisyjnych. Gdyby tłumienie chorób nagminnych w okręgach sanitarnych poruczano z reguły lekarzowi okręgowemu, czyli gdyby interes materyalny lekarza okręgowego był niejako związany z epidemiami, przyczyniłoby się to może nieraz do wczesnego wykrycia, a więc i rychlejszego stłumienia epidemii, przez co znów skarb państwa ponosiłby mniejsze koszta.

Okólnik Namiest. z 13/6 1889 l 38.337 określa, że tłumienie chorób nagminnych powinno być powierzane „najbliższemu lekarzowi, jeżeli ten za jakieś przekroczenie nie został wykluczony od czynności sanitarno-policyjnych“. Lekarze okręgowi, mimo że co do takich przekroczeń mają czyste sumienie, są w większości powiatów stale pomijani przy wyznaczaniu t. zw. komisyj w okręgach sanitarnych. Czyżby władza uważała już to za przekroczenie, jeźli ktoś jest lekarzem okręgowym? Należałoby ustawowo określić, aby c. k. Starostwa, w razie niedelegowania lekarza okręgowego do tłumienia epidemii w okręgu sanitarnym, uzasadniały przyczynę w każdym poszczególnym przypadku, to możebyśmy się dowiedzieli, czy i jaka przeszkoda istnieje do delegowania lekarzy okręgowych, a to dlatego, abyśmy ją mogli usunąć na przyszłość, na czem skarb państwa znów skorzysta.

Zamknięcie szkoły ludowej w razie epidemii, w myśl okólnika Nam. z 13/3 1896 l. 38.739, należy jedynie do c. k. lekarza powiatowego.

Jeżeli lekarz okręgowy będzie wzywany w rzeczywistości do tłumienia epidemii w okręgu sanitarnym, a nie tylko na papierze w Instrukcyi służbowej (*lit. u*), to może zajść okoliczność, że szkołę ludową, jako rozsadnik zarazy, zamknąć natychmiast uzna za potrzebne. Zanim bowiem c. k. lekarz powiatowy przybędzie, choroba nagminna za pośrednictwem szkoły może się po całej gminie rozszerzyć, przez co znów skarb państwa na tłumienie rozleglejszej epidemii większe poniesie koszta. Prawo zamknięcia szkoły w danym razie powinno również przysługiwać lekarzom okręgowym w tym stopniu jak i c. k. lekarzom powiatowym; trudno bowiem zrozumieć, dlaczegoby w autonomicznym zarządzie pozostającą szkołę i funduszami autonomicznymi utrzymywaną miał prawo zamknąć tylko lekarz rządowy a nie posiadał tego prawa lekarz, będący w autonomicznej służbie.

Po doniesieniu przez lekarza okręgowego o epidemii, powstałej w okręgu, powinny być najdalej do 8 dni od daty doniesienia zarządzone przez władzę dalsze dojazdy lekarza okręgowego, względnie dojazd sprawdzający c. k. lekarza powiatowego, a to w celu wczesnego zapobieżenia rozwleczeniu się choroby nagminnej. W razie, jeżeli c. k. starostwo nie zarządza z jakichkolwiek przyczyn (zbyt mała ilość chorych itp.) dalszych dojazdów lekarskich w okręgu sanitarnym, powinien być o tem lekarz okręgowy przez c. k. starostwo uwiadomiony. Lekarz okręgowy, jako gospodarz sani-

tarny w swoim okręgu, powinien przecież wiedzieć, jakie władza poweźmie postanowienie w jego obszarze działania.

Według Instrukcyi służbowej *lit. c) r) v)* lekarz okręgowy obowiązany jest wydawać opinię ze stanowiska sanitarnego przy budowie, względnie urządzeniu, studni, szkół, fabryk, lokali publicznych i wielu innych rzeczach. W rzeczywistości jednak nikt nigdy o opinię nie pyta a nawet ustawa budowlana, wydana dla wsi i pomniejszych miast i miasteczek (z 13 października 1899 Dz. u. kr. Nr. 133), zwykłych, niestety, „siedzib urzędowych“ lekarzy okręgowych, zapomniała o nich, tak, jakgdyby ich wcale nie było.

To co już istnieje (np. wadliwie urządzona rzeźnia etc), tego zmienić często już się nie opłaci, a czasem i niepodobna. Ale przy powstawaniu tego, co jeszcze nie istnieje, lekarz okręgowy mógłby postawić pewne wymagania, a właściciel, któremu o otwarcie zakładu przemysłowego idzie, chętnie zgodziłby się na poczynienie pewnych, stosownie do postępów higieny, ulepszeń, od których otwarcie tego zakładu lekarz okręgowy uczyniłby zawisłem.

Postęp uzdrowotnienia kraju wymaga więc, aby przynajmniej to, co nowo powstaje, było należycie urządzone, a takiem może być tylko wtedy, gdy nad nowemi urządzeniami czuwać będzie dozór lekarski.

Jeżeli zważymy, że wspomniana ustawa budowlana (z 13 października 1899) bardzo ściśle określa sprawy tu należące, przyznając obszerne prawa zwierzchnościom gminnym, to tem więcej wpływ lekarzy okręgowych na asanacyę kraju mógłby się okazać dobroczynny, gdyby prawa, przyznane w tej ustawie przeważnie analfabetycznym wójtom, choć w części przysługiwały lekarzom okręgowym.

Podług § 14 Ustawy z dnia 2 lutego 1891 nie wolno lekarzowi okręgowemu żądać, ani przyjmować wynagrodzenia od stron za wykonanie czynności, wchodzących w zakres gminnej służby zdrowia. Łatwo tu jednak można odróżnić sprawy publiczne od prywatnych. Te wszystkie instytucye, względnie zakłady publiczne itd., które zostają pod własnym zarządem gminy, powiatu lub kraju (np. szkoły, cmentarze), te wszystkie wymagać powinny przed swem otwarciem bezpłatnej opinii lekarza okręgowego. Wszystkie inne zakłady, powstające z inicyatywy prywatnej i pozostające w prywatnym zarządzie (a więc np. gorzelnie, browary, jatki, sklepy korzenne, karczmy, mleczarnie, golarnie, tandety etc) powinny przed otwarciem, względnie rozszerzeniem istniejącego już przemysłu, uzyskać świadectwo kwalifikacyjne, wystawione przez lekarza okręgowego, jednak za wynagrodzeniem od stron, zastosowanem do rozległości przemysłu i oddalenia od miejsca stałego zamieszkania lekarza okręgowego.

Streszczając to wszystko w formę wniosków sądzę, że należy uzupełnić dotychczasowe ustawy w następującym kierunku: *) *h)* Aby lekarze okręgowi już przy pierwszym dojeździe na wiadomość o epidemii, lub gdy sami wykryją epidemiczne przypadki, mieli prawo, wprzód nim władza polityczna powiatowa wydeleguje lekarza dla tłumienia epidemii, zapisywać leki dla chorych ubogich w swoim okręgu na koszt państwa, w którym to celu Wydział krajowy przeprowadzi rokowania z c. k. Rządem.

i) Aby c. k. Starostwa przestrzegały postanowień, zawartych w reskrypcie Ministerstwa spraw. wewn. z 7 marca 1887 l. 3098 (okólnik Nam. z dn. 16 kwietnia 1887 l. 15398 punkt 5 i w okólniku c. k. Nam. z dn. 13 czerwca 1889 l. 38.347 punkt 4), co do delegowania do tłumienia epidemii lekarza najbliższego, a więc okręgowego. Wśród tego jeden dojazd c. k. lekarza powiatowego ma być w zwykłych warunkach wystarczający. W razie zaś niedelegowania lekarza okręgowego ma c. k. Starostwo uzasadnić przyczynę w każdym poszczególnym przypadku.

*) Zgłoski porządkowe podano tak, jak następują w sprawozdaniu I Zjazdu lekarzy okręgowych we Lwowie 10 listopada 1900 r., umieszczonem w Nrze 48 »Przeglądu Lekarskiedo« z r. 1900, na str. 709.

j) Aby prawo zamknięcia i otwarcia szkoły ludowej, w razie epidemii, przysługiwało lekarzom okręgowym w tym samym stopniu, jak c. k. lekarzom powiatowym, ze względu na szybkie zapobieganie epidemii.

k) Aby dojazdy na epidemie i szczepienie z konieczności były przez lekarza okręgowego dokonywane, zawsze za poborem należytości ustawowo zastrzeżonych i dotychczas przyjętych.

Aby po doniesieniu przez lekarza okręgowego o epidemii w okręgu — zarządzone przez c. k. Starostwo najdalej do 8 dni od daty doniesienia były dalsze dojazdy lekarza okręgowego, względnie dojazd sprawdzający c. k. lekarza powiatowego. W razie jeżeli c. k. Starostwo dalszych dojazdów lekarskich w okręgu sanitarnym nie zarządza z jakichkolwiek przyczyn, powinien o tem być lekarz okręgowy przez c. k. Starostwo zawiadomiony z podaniem przyczyny.

l) Aby w celu postępu w uzdrowotnieniu kraju w myśl instr. służb. do ustawy z dn. 2 lutego 1891 Dz. u. kr. l. 82 lit. c) r) v) przy otwieraniu nowych lub rozszerzaniu już istniejących zakładów przemysłowych, handlowych, toż samo przy kwalifikacyi do zamieszkań świeżo wybudowanych domów, wyborze miejsc na wykopanie studni etc. — władza, przed wydaniem konsensu, zapytywała zawsze o opinię lekarza okręgowego, a to tem więcej, że co do studni istnieje nie wszędzie dotychczas przestrzegany reskrypt c. k. Ministerstwa spr. wewn. z 25 stycznia 1898 l. 1813 (c. k. Nam. z 14 lutego 1898 l. 10216). Opinia ta, o ile instytucya, względnie przemysł, nie znajduje się w zarządzie władz autonomicznych, a więc gminy, powiatu, lub kraju, ma być wydawana przez lekarzy okręgowych za stosownem wynagrodzeniem, odpowiednio do rozmiarów przemysłu i odległości od miejsca stałej siedziby lekarza okręgowego

W ten sposób uzupełnione ustawy sanitarne mogą, sądzimy, mieć ten skutek, że zgłoski instrukcyi służbowej przestaną być literami martwemi, a działalność lekarzy okręgowych przyniesie istotną korzyść dla kraju i lepszą zbuduje przyszłość. *Dr. Erg.*

VI. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

Posiedzenia Sekcyi dermatologicznej, w której uczestniczyło około 350 członków, odbywały się w gmachu szkoły im. Laillera, należącej do szpitala św. Ludwika. Za staraniem Komitetu urządzającego odbyło się w salkach tej szkoły przeszło 400 przedstawień chorych, przywiezionych z różnych stron świata przez członków Zjazdu, obok szczegółowych rozpraw nad pewnemi grupami przypadków. Podobnie odbywały się demonstracye drobnowidowe pod kierunkiem Dra Dariera w osobnej sali, gdzie ustawiono dla tego celu 40 drobnowidów i gdzie obok tego można było pokazać obrazy drobnowidowe przyrządem projekcyjnym. Tutaj była również wystawa okazów anatomicznych, hodowli drobnoustrojów i grzybków, rysunków, akwarel, fotografij, wreszcie odcisków (moulages), tak wiernie oddających choroby skórne. W tym ostatnim dziale berło trzyma jeszcze zawsze Barella (Paryż), obok niego Frèche (Bordeaux), dalej Kroener (Wrocław) i Herming (Wiedeń).

Rozprawy o pasorzytniczem pochodzeniu wyprysku.

Unna (Hamburg) głosił dotychczas, że wyprysk jest chorobą pasorzytniczą, polegającą na zakażeniu ziarniakami swoistymi (*morococcus* Unna). Obecnie odstąpił o tyle od swej teoryi, że te ostatnie uważa za cechujące tylko co do postaci, w której drobnoustroje w wyprysku zawsze się pojawiają. Przy swych badaniach bakteryologicznych bowiem znalazł dwa typy koków, które wedle niego są rzeczywistą przyczyną wyprysku guzkowo-pęcherzykowego. Stwierdza więc tem samem, że wyprysk jest chorobą wyraźnie drobnoustrojową, zakaźną i przenośną. Przeszczepieniami znalezionych drobnoustrojów wywołał u psa pięć cech anatomicznych wyprysku, t. j. nieprawi-

dłowe rogowacenie *(parakeratosis)*, tworzenie się pecherzyków o treści surowiczej, zgrubienie warstw kolczastych naskórka *(acanthosis)*, rozwój komórek tkanki łącznej około naczyń i wreszcie drobnoustroje w pęcherzykach i strupach. Te drobnoustroje, przeszczepione na skórę człowieka spowodowały po dwu dniach guzki i pęcherzyki z cieczą surowiczą, swędzące, rozszerzające się i na otoczenie miejsca szczepienia. Badanie drobnowidowe różnych koków przy pomocy swych metod barwienia doprowadziły Unnę do znalezienia podstawy podziału koków, którego dotychczas nie ma; podział ten przeprowadza U. na podstawie obrazu i stosunku wzajemnego w czasie rozradzania ziarn starszych i młodszych, które wzrastają aż do dojrzałości w tej samej osłonce. Pierwszą gromadę zatem stanowią te koki, które tworzą przy rozradzaniu się ziarna pojedyncze (monady), drugą - dwoinki *(diplococcus)*, trzecią, - czworaki *(tetrades)*, czwartą i piątą — sarcyny.

Kaposi (Wiedeń) nie odróżnia zapalenia skóry od wyprysku i twierdzi: „gdy się drażni powłoki skórne jakimś czynnikiem fizycznym, czy chemicznym z odpowiednią siłą i stosowny przeciąg czasu, powstanie zawsze na pewno u każdego osobnika wyprysk". Z tego ogólnego pojęcia wyklucza tylko t. zw. „eczema marginatum", polegające na działaniu grzybków, i wyprysk łojotokowy, który wedle K. powstaje skutkiem złożenia wydzielin łojotoku na wykwitach wyprysku. W końcu, przytaczając zdania niektórych autorów, których badania bakteryologiczne dały wynik ujemny, stwierdza, że klinika wyklucza stanowczo pasorzytnicze pochodzenie wyprysku.

Jadassohn (Berno szwajc). Dotychczas jedna tylko cecha, zapalenie powierzchownych warstw skóry, stanowiła istotę wyprysku; klinika nie daje nam stanowczego określenia; dlatego też z biegiem czasu różni autorowie oddzielali od pojęcia wyprysku różne postacie chorobowe, jak: zapalenia skóry, powstałe na tle grzybkowem, świerzbiączkę, liszajce, wyprysk około torebek włosowych, łojotok, wreszcie wszystkie zapalenia skóry, wywołane sztucznie. Dla niego zatem pojęcie wyprysku określa zdanie Walkera: „Wyprysk jest mianem, używanem dla oznaczenia każdego zapalenia skóry, wilgotnego lub złuszczającego się, którego przyczyny i przyrody nie znamy." Wygłasza zaś następujące wnioski, oparte na doświadczeniu własnem, posiłkując się wynikiem badań różnych autorów: 1. W dużej ilości przypadków wyprysku nie można wykazać drobnoustrojów, lub też nie można im przypisywać roli chorobotwórczej; tem samem musimy w tych przypadkach przypuszczać skłonność miejscową skóry lub ogólną ustroju i drażnienie mechaniczne lub chemiczne. 2. Zarazem stwierdzić należy łatwość dostania się do takich zmian pasorzytów na skórze się znajdujących, które wikłają i przekształcają zmiany pierwotne. 3. Te ostatnie zakażenia jednak mogą się rozwijać i bez istnienia spraw zapalnych w skórze, a objawy zależne będą od stopnia ich rozwoju i podłoża, na którem się rozwijają.

Galloway (Londyn) wyhodował w 4 przypadkach wyprysku guzkowo-pęcherzykowego ostrego zawsze gronkowca ropnego białego, nieco odmiennego od zwyczajnie tem mianem nazywanego, którego jednak nie uważa za jedyną przyczynę wyprysku, — z drugiej strony jednak nie odmawia mu pewnego wpływu w tej sprawie i sądzi, że przebieg, szczególnie zaś przewlekłość wyprysku, jest dowodem pasorzytniczego pochodzenia tego cierpienia. Dla powstania uważa za konieczne istnienie usposobienia skóry, połączonego ze stanem łojotokowym. A skłonność ta skóry polega wedle niego głównie na zboczeniach w przewodzie pokarmowym i upośledzenej przemianie materyi.

Brock i Veillon (Paryż) wykluczają przedewszystkiem z pod miana wyprysku dużo chorób dawniej, a częścią i obecnie, do niego zaliczanych. Cechami klinicznemi zaś są dla nich: tworzenie się pęcherzyków i różnopostaciowość w rozwoju. Wedle tych autorów pęcherzyk, który nie pękł, nie zawiera nigdy drobnoustrojów; z pęcherzyków zaś otwartych, starsze mają bardzo obfitą florę, która jednak nie sprowadziła choroby, a jest przypadkową, bo znajduje się również i na skórze zdrowej. Hodowle tych drobnoustrojów, znalezionych w wykwitach wyprysku, przeszczepione na skórę zdrową, wywołują co najwięcej lekkie zapalenie powierzchowne, ale nigdy objawów wyprysku. Sądzą zatem, że pęcherzyk, jako objaw pierwotny wyprysku, nigdy drobnoustrojów nie zawiera; a drobnoustroje, znajdujące się na skórze i w warunkach prawidłowych, wikłają tylko już istniejące zmiany wyprysku.

Dyskusya:

Unna zaznacza istniejącą różnicę koków, przez niego znalezionych w zmianach wypryskowych, od gronkowców zwyczajnych i sądzi zarazem, że zadaniem przyszłości będzie różnice te jeszcze więcej uwydatnić, jak tego dokonano n. p. z prątkami gruźlicy i trądu, które tak wiele wspólnych mają własności.

Bodin (Rennes) zwraca uwagę, że nader ważnem przy badaniach bakteryologicznych jest używanie pożywek płynnych (surowicy i bulionu), które mogą wpłynąć bardzo wybitnie na różnice wyników.

Audry (Tuluza) sądzi, że cechy kliniczne wyprysku polegają na różnorodności postaci, przekształcaniu się ich, skłonności do nawrotów i uporczywości zmian; — wyklucza jednak z pod pojęcia wyprysku te wykwity na skórze, które, będąc przeszczepione wywołują zmiany podobne.

Sabouraud (Paryż). Zmianą pierwotną wyprysku jest wedle niego obrzęk brodawek skóry, rozszerzający się i na warstwy naskórkowe, tworząc w nich czasami pęcherzyk, nie zawierający drobnoustrojów. Wyprysk więc nie jest wedle S. z początku zakaźnym: sądzi jednak, że obok tego istnieje dużo zapaleń naskórka, polegających na zakażeniu drobnoustrojami, a uważanych dotychczas za wyprysk.

Petrini Galatz (Bukareszt) twierdzi, że wyprysk jest chorobą ustrojową.

Morgan-Dockrell (Londyn) podaje swoje wyniki badania, stwierdzające, że nie znajdował przy wyprysku gronkowców nigdy głębiej w tkankach, a w strupy dostają się one z powierzchni, co dowodzi, zdaniem jego, że teorya powstawania wyprysku skutkiem gronkowców niema znaczenia.

Neisser (Wrocław) nie uznaje tak ogólnego określenia pojęcia wyprysku, jak Kaposi, a drobnoustroje osiedlają się wedle niego tylko następowo na istniejących zmianach.

Hallopeau (Paryż) uznaje przypadki wyprysku stanowczo zakaźnego.

Azua i Mendoza (Madryt) hodowali treść pęcherzyków po gruntownem odkażeniu powierzchni i znaleźli gronkowce złote, białe i łańcuszkowce, a drobnoustroje te po przeszczeenieniu wywołały pęcherzyki, szybko ustępujące. Wynik dodatni bywał wtedy, gdy skórę podrażniono nieco jakimś środkiem drażniącym. Na mocy tych doświadczeń sądzą, że wyprysk jest chorobą drobnoustrojową, a do rozwoju jej usposabia podrażnienie, lub jakieś uszkodzenie skóry.

Whitfield (Londyn) znalazł w łuskach, wziętych z wykwitów wyprysku, po dokładnem wymyciu, drobnego koka, podobnego do dwoinek Neissera. Drobnoustroju tego nie znajdował nigdy na skórze zdrowej, a przeszczepienia na skórę zdrową dawały wynik ujemny. (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z IV. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 15 grudnia 1900.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie Izby Dr Bylicki, Dr. Lutyński, Dr. Papeé, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Smolarski, Dr. Wysocki i Dr. Żukowski.

I. a) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału Izby od czasu ostatniego posiedzenia Izby pełnej, mianowicie: wniesiono przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie lekarzy kolejowych; do Wydziału krajowego w sprawie rozpisania konkursu na posadę lekarza okręgowego w Czernichowie; protest do c. k. Sądu Wyższego w sprawie jednego z lekarzy, — w końcu do c. k. Namiestnictwa w sprawie kumulacyi posad lekarzy salinarnych z posadami w służbie politycznej; kilkakrotnie wystąpiono przeciw partactwu lekarskiemu. Prócz tego załatwiono kilka spraw drobniejszych.

b) Prezydent zdaje sprawę z czynności Rady honorowej; załatwiono w powyższym czasie spraw 9, trzy zaś są jeszcze w toku.

c) Prezydent przedstawia sprawę ustąpienia z Wydziału Izby Dra Sobierańskiego.

Na wniosek Dr. Bachowskiego uchwalono wydawać sprawozdania Wydziału i Izby, jako rodzaj pamiętnika i rozsyłać go lekarzom przynależnym, celem dokładnej informacyi o czynnościach Izby.

Uchwalono następnie w miejsce Dra Sobierańskiego nie wybierać nowego członka Wydziału i uznać obecny skład Wydziału jako wystarczający.

Na wniosek Dra Bachowskiego polecono Wydziałowi na najbliższem posiedzeniu przedstawić referat w sprawie lekkich uszkodzeń w tym duchu, by świadectwa lekarskie wystarczały, jako dostateczny dowód, bez obowiązku stawania lekarza na termin sądowy.

II. W sprawie utworzenia przy Izbie kasy zapomogowo-pożyczkowej przystąpiono najpierw do dyskusyi ogólnej, czy Kasa

taka w zasadzie ma być przy Izbie założoną. Każdy z członków Izby zdał sprawę z opinii lekarzy poszczególnych okręgów wyborczych, przedstawił zarzuty, jakie na zwołanych po powiatach w tym celu zebraniach przeciw kasie podniesiono i postulaty każdej grupy wyborczej w tej sprawie. Po przyjęciu tych sprawozdań do wiadomości i przeprowadzeniu dyskusyi ogólnej, uchwalono w zasadzie założyć kasę zapomogowo-pożyczkową przy Izbie lekarskiej. W dyskusyi szczegółowej przyjęto wraz z wniesionymi poprawkami pojedyncze paragrafy przedstawionego projektu kasy i uchwalono przedłożyć go c. k. Namiestnictwu do załatwienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Projekt statutu.

§. 1. Kasa zapomogowo-pensyjna przy Izbie lekarskiej wsch. gal. jest instytucyą powstałą dla członków tejże Izby (§. 13. ustawy o izbach lekarskich).

Celem kasy jest:

§. 2. Dostarczanie członkom Izby lek. wsch. gal. zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych, a więc wspieranie materyalnie podupadłych lekarzy — lub lekarzy inwalidów tj. niezdolnych do pracy czasowo lub trwale, należących do Izby wsch. gal., ewentualnie ich wdów i sierot.

§. 3. Członkiem instytucyi jest z obowiązku każdy lekarz, przynależny do Izby lekarskiej wschodnio galicyjskiej.

Członkowie mają prawo:

§. 4. a) być wybranymi do zarządu, b) do zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych i do pensyj z funduszów dla inwalidów, wdów i sierot, c) kontroli zarządu i ksiąg instytutu.

Członkowie są obowiązani:

§. 5. a) zapłacić wpisowe w kwocie 10 koron, b) płacić do kasy zapomogowo pensyjnej miesięczną (ewentualnie roczną) wkładkę, która dla przystępujących przed 30 rokiem życia wynosi 2 korony miesięcznie, dla przystępujących przed 40 rokiem życia 3 korony miesięcznie, przed 50 rokiem życia 4 korony, dla przystępujących po 50 aż do 60 roku życia 5 koron miesięcznie. Starsi nad lat 60 są od obowiązku przystąpienia do Kasy zapomogowo-pensyjnej uwolnieni, mogą być jednak na prośbę przyjęci przez Izbę lekarską. Izba oznaczy dla nich osobno wysokość uiszczać się mającej opłaty. c) w sporach z kasą zap. pens. poddać się bezwarunkowo sądowi polubownemu (§ 42).

Członek utraca swoje prawa:

§. 6. a) przez przeniesienie się do innej Izby lekarskiej lub wystąpienie z tejże ustawowe, b) wskutek śmierci, c) wskutek zaniechania zawodowego zajęcia, chyba że osobno się zobowiąże do płacenia należnych wkładek, na co jednak Izba lekarska zgodzić się musi.

NB. ad. b) w wypadku śmierci członka należy się żonie i dzieciom zwrot udziału (vide §. 11. b.) o tyle, o ile pozostała wdowa lub sieroty nie będą korzystać z funduszu pensyjnego dla wdów i sierot przeznaczonego, i o ile zmarły członek z funduszu pensyjnego dla inwalidów nie korzystał.

W razie pobrania zapomogi zwrotnej z kasy zap. pens. udział członka w pierwszym rzędzie służy na jej pokrycie, i jeżeli tym sposobem udział jest wyczerpany, prawa spadkobierców do funduszu pensyjnego wdów i sierot ustają, przysługuje im jednak prawo zapomogę zwrócić i tym sposobem udział uwolnić. Jeżeli zmarły członek był poręczycielem zapomogi zwrotnej, komu innemu udzielonej, wypłata udziału i asygnata pensyi wstrzymaną zostanie aż do ustania zobowiązania. Członek przenoszący się do innej Izby lekarskiej lub ustawowo z niej występujący może żądać zwrotu włożonych wkładek na udział. Jeżeli w przeciągu ro u po przeniesieniu tego nie uczyni, traci do tego zwrotu prawo.

Wypłata udziałów nastąpi w 3 miesiące najpóźniej po zamknięciu z końcem roku administracyjnego.

Kapitały kasy zapomogowo-pensyjnej składają się:

§. 7. a) z funduszu rezerwowego (§. 8. al. a i nast.) b) udziałów członków (§. 11) c) funduszu pensyjnego inwalidów, wdów i sierot (§. 9). d). funduszu żelaznego (§. 10). e) z dowolnych ofiar członków, obcych i depozytów; f) ewentualnych kaucyi funkcyonaryuszów zarządu.

Fundusz rezerwowy powstaje:

§. 8. a) z kapitału, jaki Izba przy zakładaniu intytucyi włoży, a który tak długo będzie tu należał, jak długo fundusz rezerwowy utworzyć się mający do tej samej wysokości nie wzrośnie. Kapitał ten następnie przejdzie do kapitału żelaznego; b) z wpisowego członków; c) z procentów od kapitału pod a).

Fundusz pensyjny inwalidów i wdów powstaje:

§. 9. a) z miesięcznych wkładek członków (§. 5. al. b.) b) z procentów od lokacyi, przez Izbę do tego funduszu przekazanych; c) z grzywien, nakładanych przez radę dyscyplinarną; d) z udziałów wskutek śmierci członka przepadłych; e) z wpłat według §. 6. al. 3 niepodniesionych i na rzecz tego funduszu przepadłych.

Fundusz żelazny powstaje:

§. 10. a) ze zwrotu kapitału, jaki fundusz rezerwowy w swoim czasie (§. 8 al. a) funduszowi temu wypłaci; b) z reszty opłat, na potrzeby Izby składanych, po opłacie wszystkich wydatków; c) z % od kapitałów, jakie Izba do niego przekaże; o) z darów i zapisów dla tego funduszu przeznaczonych; e) z taks rygorozalnych za zezwoleniem ck. Rządu zaprowadzić się mających; f) z przepadłych udziałów członków (§. 11 al. e.); g) z opłaty 200 Kor. przy zawieraniu małżeństwa członka, ewentualnie od później tj. po wprowadzeniu w życie wstępujących żonatych.

§. 11. Udziały członków powstają wskutek wpisania na rachunek członka kwoty corocznie jako wpłata w myśl §. 5 b. uiszczonej; a) wysokość udziału jest nieograniczona; b) udział jest zapisany na imię członka i może być po jego śmierci wdowie i sierotom zwrócony, (§. 6. NB. ad b) ewentualnie przypada na korzyść funduszu inwalidów, wdów i sierot (§. 9 al. d); c) przy zwrocie udziału nie wypłaca się procentu; d) cesya udziału i jakiegobądź rodzaju obciążenia są wobec kasy zap. pens nieważne; e) członek, występujący z Izby lub przenoszący się do innej Izby, traci prawo do udziału, a jego udział przenosi się do funduszu żelaznego, jeżli nie korzysta z przepisu NB ad b. al. 4.

§. 12. Kasa pożyczkowo-zapomogowa przyjmuje od członków kapitały, czy to jako dary, czy to jako depozyta, zabezpieczające dożywotne używanie procentów przypadających członkom. Przyjęcie takich depozytów uchwali Izba lekarska wsch gal. każdorazowo.

§. 13. Zapomogi zwrotne i bezzwrotne udzielane będą w miarę możności za uchwałą Wydziału Izby, lub całej Izby. Na ten cel użyte być mogą jedynie procenta funduszu żelaznego. W razie choroby uczestnika przysługuje Wydziałowi Izby prawo udzielenia z funduszów biebieżących zapomogi zwrotnej, za poręką lub bez tejże — ewentualnie zapomogi stałej dziennej w najniższej wysokości 4 koron, i to najwyżej przez dni 90. — Izba może zażądać zwrotu tej w ten sposób udzielonej pomocy.

§. 14. Kapitały funduszu inwalidów, wdów i sierot złożone będą na procent. Prowizya z tego funduszu użytą ma być na pensye dla inwalidów, wdów i sierot w miarę potrzeby. Wysokość pensyi i zapomóg oznaczy Izba lekarska. Pozostałości kasowe, jakoteż wszelkie dochody tego funduszu będą również ulokowane na procent.

§. 15. Wszyscy członkowie mają prawo po 6-cio letniem należeniu do instytucyi pobierać z niej emeryturę, jeżeli przez wiek, umysłową słabość, lub kalectwo będą niezdolni do zarobkowania, i przez Izbę lek. za takich uznani. zaś wdowy i sieroty, jeżeli wykażą: a) że zmarły członek uiszczał przepisane wkładki przynajmniej przez 6 lat, b) że wdowa po członku żyła z nim do jego śmierci w związku małżeńskim, i ani sądownie ani w inny sposób rozłączoną nie była, c) inwalidzi stale do pracy niezdolni i wdowy pobierają płace dożywotnie, sieroty do 20-go roku życia; d) w nagłych wypadkach może prezydent Izby lek. udzielić członkowi pod własną odpowiedzialnością zapomogę bezzwrotną z funduszów bieżących Izby, lub zaliczkę z funduszu emerytalnego przed uznaniem członka za inwalidę — kwota ta jednak nie może przenosić 100 Koron i musi być na najbliższem posiedzeniu Wydziału Izby usprawiedliwioną.

§. 16. Po zestawieniu rachunków każdorocznych uskutecznia Izba z przypadającej do rozdziału kwoty wymiar pensyi między inwalidów i zgłoszone wdowy i sieroty a to bez względu na to, czy pozostała wdowa lub inwalid mają majątek lub nie, i bez względu na to, czy jest bezdzietną lub dzietną, oraz bez względu na jej zdolność zarobkowania lub pobierania płac z innych funduszów. Wymiar ten zawisłym jest od wysokości wpłaconego udziału.

§. 17. Tylko inwalidzi, wdowy i sieroty, zamieszkali stale w obrębie państwa austryacko-węgierskiego, mogą pobierać płacę. Opuszczający to terytoryum tracą prawo do poboru tychże, z wyjątkiem sierot, kształcących się w zakładach naukowych, jakich na obszarze Izby nie ma. Płace, do 3 miesięcy od dnia zapadłości niepodniesione, przepadają na rzecz funduszu inwalidów, wdów i sierot.

§. 18. Gdyby inwalida przyszedł o tyle do zdrowia, żeby zaczął dalej pracować, Izba uchwali, czy pensya dalsza w całości lub częściowo ma być odmówioną, czy nie. — Inwalida, któremu płacę wstrzymano, obowiązany jest do dalszych wpłat na rzecz funduszu inwalidów, wdów i sierot.

§. 19. Chcący korzystać z funduszu dla inwalidów, wdów i sierot winni swoje uprawnienie przed końcem każdego roku kalendarzowego wykazać, z potwierdzonym przez parafię i urząd gminny wykazem miejsca zamieszkania, o którego zmianie Izbę zawiadomić należy.

§. 20. Dla utrzymania ewidencyi pensyonaryuszów należy Izbę o śmierci inwalidy, wdowy lub sieroty pisemnie zawiadomić. Obowiązek ten ciąży na wybranych członkach Izby, i za dokładność tychże są oni osobiście odpowiedzialni, o ile że bez ich kontestacyi żadne należytości wypłacane nie będą. Pensye inwalidów wyjąwszy wypadki §. 18. objęte ustają z ich życiem.

Pensye wdowie ustają:

§. 21. a) z dniem jej zgonu; b) z dniem powtórnego zamęścia; c) jeżeli prowadzi życie niemoralne, policyjnie stwierdzone; d) w razie skazania przez sąd karny za czyn hańbiący. — O wypadkach pod c) i d) rozstrzyga uchwała Izby. Pensye dzieci i prawo do zwrotu udziału ustają bezwarunkowo z ukończonym 20 rokiem życia — wyjątkowo ustają pensye dziewcząt wcześniej w razie pójścia za mąż przed 20 rokiem życia.

§. 22. Jeżeli udowodnionem zostanie, że ktoś nieprawnie pensyę pobierał, zostanie pociągnięty do odpowiedzialności cywiln. sądowej, a uzyskane kwoty wrócą do funduszu pensyjnego dla inwalidów, wdów i sierot.

§. 23. Osoby, pobierające pensyę z funduszu dla inwalidów, wdów i sierot, są od wkładek na rzecz kasy zap. pens wolne, a tracą prawo do zwrotu udziału.

§. 24 Niedobory, jakieby wskutek wydatków na pensye dla inwalidów, wdów i sierot wynikły, mają być pokryte z funduszu rezerwowego

§. 25. Rok administracyjny liczy się od 1 stycznia do 31 grud. każdego roku Z końcem roku adm skonstatuje Wydz. Izby stan kasy i poszczególnych rachunków i inwentarza, na tej podstawie sporządzi zamknięcie ksiąg i rachunków, które najpóźniej w 6 tygodni po upływie roku administracyjnego Izbie przedłożone być mają.

Rachunki mają zawierać:

1) Wszystkie dochody i rozchody kasy wedle rubryk w książkowaniu przyjętych; 2) rachunek strat i zysków; 3) bilans o stanie majątku zakładu z końcem roku; 4) liczbę członków — czas należenia ich do funduszu — wysokość ich udziałów.

W bilansie stanowi stan czynny:

§. 26. 1) gotówka kasowa i papiery wedle kursu; 2) wszelkie należytości czynne; 3) wartość ruchomości z potrąceniem 10% za użycie rocznie; 4) należytości dłużne wszelkiego rodzaju, przyczem niepewne należy odpowiednio objaśnić i udokumentować.

Stan bierny:

1) fundusz rezerwowy; 2) suma udziałów; 3) kapitały powierzone i depozyta; 4) koszta administracyi; 5) fundusz pensyjny inwalidów i wdów; 6) fundusz żelazny; 7) kaucye funkcyonaryuszów

Z porównania tych stanów okaże się zysk lub strata. Sprawozdanie rachunków przeprowadza Komisya rewizyjna Izby.

§. 27. Na ośm dni przed zgromadzeniem Izby muszą być rozesłane rachunki kasy członkom Izby z wnioskami Kom. rewizyjnej co do absolutoryum dla Wydziału i projektem rozdziału dochodów na podstawie statutu

§. 28. Gdyby na posiedzeniu Izby powstały wątpliwości co do aktualności rachunków, wybiera Izba osobną komisyę, której sprawdzenie tychże powierzy.

Zarząd funduszów sprawują:

§. 29. 1) Wydział Izby. 2) Izba lekarska.

§. 30 Wydział Izby lekarskiej wsch. gal. zarządza kasą zapomogowo — pensyjną.

§. 31. Posiedzenia wydziału, jako zarządu kasy, odbywać się powinny conajmniej raz na miesiąc. Z posiedzeń ma być spisany dokładny protokół uchwał w osobnej księdze. Do poszczególnych czynności mogą być przyjęci urzędnicy (§. 34 e. f g)

§. 32. Komisya rewizyjna Izby przeprowadza szkontra kasy, książek i papierów i bada co miesiąc rachunki i tok spraw instytucyi, sprawdza rachunki roczne i przedkłada tę sprawę Izbie lekarskiej z wnioskami na rozdział dochodów (§ 8 c. §. 9 b. § 10 c. i §. 12).

§. 33. Wydział Izby zastępuje fundusz przy zawieraniu umowy z urzędnikami i prowadzi ewentualnie przeciw nim dochodzenia i procesa.

Przedmiotami posiedzeń Wydziału Izby, jako zarządu kasy zapomogowo-pensyjnej, są:

§. 34. a) kontrola ewidencyi uczestników; b) uchwały co do warunków zapomóg zwrotnych (§ 13); c) udzielanie zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych; d) udzielanie zapomóg zwrotnych i zap. pensyjnej bezzwrotnych na wypadek choroby uczestnika funduszu (§ 13 al. 2); e) nominacye urzędników dla Kasy b.; f.) sprawy dyscyplinarne; g) ustanowienie podziału pracy i regulaminów dla urzędników; h) rachunki miesięczne i roczne. — Posiedzenia te odbywać się winny zawsze w obecności urzędników, ci zaś są do wszelkich wyjaśnień obowiązani.

§. 35. Izba lekarska jest najwyższą władzą zakładu.

§. 36. Zebranie Izby na którem przedłożone być mają rachunki kasy zapomogowo-pensyjnej odbyć się powinno najdalej do końca marca każdego roku.

§. 37. Protokół, spisany z tych zgromadzeń, powinien zawierać dokładne brzmienie uchwały i sprawozdania z uskutecznionych wyborów z wymienieniem oddanych głosem i rozdziałem tychże. Protokół ten powinien być podpisany przez wszystkich obecnych członków Izby.

§. 38. Do prawomocności uchwał wymagany jest zwyczajny komplet Izby, jeżeli tylko Izba prawnie zwołaną została, a uchwały zapadają prostą większością głosów obecnych. Głosowania w sprawach osób odbywają się zasadniczo tajnie kartkami.

Uchwałom Izby podlegają:

§. 39. a) uchwały, dotyczące statutu i jego zmian; b) zatwierdzenie nominacyi urzędników (§. 34 e i § 31); c) przyjęcie rachunków rocznych i udzielenie absolutoryum wydziałowi z czynności i rachunków (§. 31); d) wybór ewentualnej komisyi dla sprawdzenia rachunków (§. 28); e) uchwały co do §. 6 al. c.; f) uchwały co do § 9 al. b. i § 10 al. c.; g) uchwały co do §. 12; h) uchwały co do §. 13; i) uchwały co do §. 14; j) uchwały co § 15; k) uchwały co do §. 16; l) uchwały co do §. 21 al. c i d; m) uchwały z § 24; n) uchwały z §. 5.

§. 40. Wszelkie ogłoszenia i zawiadomienia w sprawach kasy zapomogowo-pens. wychodzić będą podpisywane przez prezydenta Izby.

§. 41. Do publicznych ogłoszeń używa fundusz urzędowego organu Izby. — Wszelkie spory o znaczenie pojedynczych ustępów statutu rozstrzyga ostatecznie Izba lekarska — droga prawa jest wykluczoną

§. 42. Wszelkie spory, ze stosunków stowarzyszenia wynikłe, rozstrzyga sąd polubowny, do którego każda strona wybiera jednego sędziego, ci zaś superarbitra. Wszyscy ci sędziowie muszą być wybrani z grona członków Izby lek. wschodnio-galic.

§ 43 Postanowienie końcowe. Wyjednaniem zatwierdzenia tego statutu kasy zapomog. pensyjnej przez c. k. Rząd zajmie się Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Resztę postanowień formalnych obejmuje regulamin.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 stycznia 1901.

W N. 48 (r. z.) »Przeg. Lek.« podaliśmy postulaty, które dn. 22 listopada przesłane zostały Wydziałowi krajowemu przez lekarzy pomocniczych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, z prośbą o uwzględnienie. Odpowiedź Wys. Wydziału krajowego była przychylna i zawierała obietnicę, że wszystkie żądania, wymienione w tem piśmie lekarzy, zostaną uwzględnione w budżecie na r. 1901. Ufni w tak niedwuznaczne przyrzeczenie, czekali bezpieczni blizkiego już ziszczenia ich istotnych potrzeb. Projekt budżetu Wys. Wydziału krajowego rozwiał jednak nadzieje, budowane na samem tylko słownem, acz kategorycznem, upewnieniu tej najwyższej instytucyi krajowej. W projekcie tym pominięto żądanie lekarzy, zmierzające do zrównania wszystkich sekundaryuszów; dla praktykantów przeznaczono znikomą zaledwo renumeracyę, a resztujące postulaty pokryto milczeniem. To przeciwieństwo między pochopnem przyrzeczeniem a połowiczem załatwieniem do żywego dotknęło lekarzy i rozwiało ich nadzieję lepszej przyszłości. Wobec tego zwrotu lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza wystosowali do Wys. Wydziału krajowego nowe podanie, w którem ponownie upraszali o uwzględnienie wszystkich bez wyjątku ich życzeń, wymienionych w podaniu z d. 22 listopada r. z., »gdyż w przeciwnym razie nie będą mogli przyjąć na siebie odpowiedzialności za następstwa, wywołane przez zapoznanie ich skromnych, a zupełnie uzasadnionych żądań«. — Odpowiedzi nie otrzymali. Wobec tak niekorzystnego zwrotu w tej sprawie oświadczyli lekarze pomocniczy swej przełożonej władzy szpitalnej, że w dniu 31 grudnia zawieszają swoją czynność szpitalną i dn. 1 stycznia w szpitalu się nie jawią.

Po tem oświadczeniu lekarzy, dyrektor szpitala, chcąc obmyśleć pomoc lekarską dla chorych, zwołał d. 29/XII posiedzenie prymaryuszów, którzy uchwalili wystosować telegram do Wydziału krajowego, popierający żądanie sekundaryuszy i praktykantów, oraz postanowili podjąć ze swej strony taką pracę w szpitalu, ażeby chorzy nie doznali uszczerbku w opiece lekarskiej.

D. 30/XII dyrektor szpitala, p. Dr. Ponikło, udał się do bawiącego w Krakowie marszałka krajowego JE. Stanisława hr. Badeniego i przedstawił całą sprawę. Po gruntownem rozważeniu, p. marszałek polecił przedłożyć lekarzom następujące oświadczenie:

1) że żądań lekarzy co do awansu *per turnum* nie może wobec Sejmu popierać; 2) co do polepszenia doli sekundaryuszy i praktykantów, zdaniem p. marszałka, zachodzi tak mała różnica między propozycyami Wydziału krajowego dla Sejmu, a postulatami lekarzy, że nie można zrozumieć, jak może to być powodem do zapowiedzianego przez lekarzy opuszczenia stanowiska; 3) pomimo to Wydział krajowy i marszałek chętnie widzieć będą każde polepszenie bytu, w petycyi lekarzy podniesione, któreby Sejm uchwalił w załatwieniu petycyi ponad dotychczasowe wnioski Wydziału krajowego.

P. dyrektor Dr. Ponikło podał d. 31/XII do wiadomości lekarzy oświadczenie p. marszałka krajowego, wyjaśniając, że Wydział krajowy i marszałek popierać będą wobec Sejmu postawione przez lekarzy postulaty, aby wszyscy (14) sekundaryusze byli zrównani i pobierali płacę w kwocie 1400 koron, oraz, ażeby wszyscy praktykanci, pracujący rok w szpitalu i potrzebni dla celów służby szpitalnej, otrzymywali po 600 koron rocznie.

Otrzymawszy to oświadczenie, sekundaryusze i praktykanci zebrali

się na naradę, która trwała blizko 3 godziny i po imiennem głosowaniu zakomunikowali p. dyrektorowi o godz. $1^1/_4$ w południe następującą uchwałę:

»Lekarze powszechnego szpitala św. Łazarza w Krakowie, ufni w życzliwe oświadczenie JE. marszałka krajowego hr. Stanisława Badeniego, licząc nadto na jego bezwarunkowe poparcie wobec Wys. Wydziału krajowego i Sejmu, uchwalają czekać 8 dni po zamknięciu najbliższej sesyi sejmowej na ustanowienie: I) 14 posad sekundaryuszy z płacą po 1400 koron rocznie; II) najmniej 10 posad dla najstarszych praktykantów, płatnych po 600 koron rocznie i to od 1 stycznia 1901 r. i zwracają zarazem uwagę, że inaczej musieliby wrócić do poprzedniego sposobu postępowania, to jest do zawieszenia pracy w szpitalu«.

Dzięki wielce taktownemu pośrednictwu dyrektora szpitala św. Łazarza, prof. Ponikły, który nader szczęśliwie pogodził obowiązki swego wysoce odpowiedzialnego urzędu z obowiązkami zwierzchnika i kolegi, przykry ten i nader znamienny zatarg krakowskich lekarzy szpitalnych z Władzą krajową został n a r a z i e zażegnany.

W rocznikach zawodowej działalności lekarskiej nie spotkaliśmy się do tej pory ze »zmową« l e k a r z y s z p i t a l n y c h. Z dwóch względów podpada ona krytycznym uwagom: jest w sprzeczności z powołaniem i z duchem przysięgi lekarza, a jako taktyka socyalistyczna jest w niezgodzie z etyką socyologii, skoro jej ostrze, skierowane wprawdzie gdzieindziej, dosięga właśnie ogół bezdomny, ubogi i cierpiący. Jeśli więc poważne liczbą grono lekarzy szpitalnych w Krakowie zostało do tej ostateczności doprowadzone, to nie na niego spada odpowiedzialność za ten krok przykry, a zarazem doniosły. Od 8 miesięcy lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza kilkakrotnie przedkładali swoje podania o uwzględnienie ich uprawnionych życzeń, zadawalniali się obietnicami może zbyt pochopnie przyrzekanemi, cofali zamierzone opuszczenie stanowisk, słowem nie wytwarzali sytuacyi przymusowej dla Władzy, nie działali znienacka...., a do jakichże wyników doprowadziło to ich lojalne postępowanie? Z żądań lekarzy szpitalnych jedne Wydział krajowy przez pół uwzględnił, na inne nie dał odpowiedzi. Nic więc dziwnego, że rozgoryczeni i pozbawieni wszelkich widoków zmiany swego losu na lepsze, postanowili opuścić niewdzięczne stanowiska i tego im brać za złe nikt nie może, zwłaszcza, że nie działali nagle, nie czynili zabiegów agitacyjnych, by uniemożliwić obsadzenie posad, przez nich opuszczonych; to nie był »strejk«, prowadzony podług gdzieindziej wypróbowanej taktyki, lecz szukanie wyjścia z beznadziejnego położenia.

Sprawa, o której piszemy, jak powiedzieliśmy, n a r a z i e została zażegnaną. Nie przebrzmi jednak ona bez echa dla stron obu, albowiem ostrzega Wydział krajowy, że dotychczasowy typ lekarza zmienił się i że nie należy zbytnio dziś liczyć na zasadę »la vocation oblige«; z drugiej zaś strony lekarzom przybyło jedno wielkie doświadczenie, jeden więcej dowód niezbity jak wielka siła tkwi w łączności i jednomyślności, dziś więcej niż kiedy niezbędnej dla stanu lekarskiego.

* Najstarsze czasopismo lekarskie w Austryi »Wiener Medic. Wochenschrift« doczekało się 50-letniej rocznicy swego założenia.

* Ministeryum pruskie zarządziło sporządzenie wykazu miejscowości, w których panuje kołtun. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że miejscowości takich było: w okręgu kwidzyńskim 388, w bydgoskim 582, w poznańskim 820. Liczba osób nawiedzonych od kołtuna wynosi: w okręgu kwidzyńskim 1372, w bydgoskim 1858, w poznańskim 2507, razem osób 5737, z których 5008 należy do narodowości polskiej.

* Od 1 stycznia klinika prof. U n n y w Hamburgu została przeobrażoną w ten sposób, że oddzielono od niej pracownię dermatologiczną; w rozszerzonej tej pracowni wykłada kilku profesorów i tu są zarządzone wszelkie ułatwienia dla lekarzy, zamierzających przeprowadzić badania samodzielne.

* W wykazie nagród, udzielonych za najlepsze prace naukowe przez paryską Akademię nauk, czytamy w liczbie laureatów nazwisko Dr. panny J ó z e f y J o t e y k o, której przyznano nagrodę Montyon (fizyologia doświadczalna).

* Dowiadujemy się, że »Elektroterapia i elektrodyagnostyka« Dr. N a r t o w s k i e g o opuści prasę jeszcze w miesiącu bieżącym.

Mianowania i odznaczenia. Prof. W o l l e n b e r g z Hamburga został powołany na następcę Siemerlinga do Tybingi. Prof. V. J a n o w s k y mian. został dyrektorem szpitala dziecięcego w Pradze. Profesorem ginekologii w Uniw. kijowskim mian. został dorpacki prof. M u r a t o w. Doc. S c h ü l e mian. został prof. nadzwyczajnym.

Nekrologia. Z m a r l i: Dr. A. B e r n e prof. chirurgii w Lugdunie w 60 roku życia. Dr. D u c l o s b. prof. szkoły lekarskiej w Tours, lat 78. Dr. W a c ł a w R a t a j s k i, lekarz wojskowy lat 37 („Wracz“ Nr. 51).

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 51: Dr. P a w i ń s k i e g o I. i Dr. A d e l t a Z.: O zastosowaniu heroiny w zaburzeniach krwi obiegu. B i e r n a c k i e g o E: O badaniu krwi we względzie praktycznym (c. d.) K o p o t y w s k i e g o W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 24.: J a w o r s k i e g o I.: Nowsze wskazanie do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka. W *Medycynie* Nr. 52: A r n s t e i n a F.: Kilka słów o użyciu aspiryny w ostrym gośćcu stawowym i stanach pokrewnych. B i r o M.: O chorobie Friedreicha (dok.).

Zapiski bibliograficzne. Dr. E. E s c a t: Choroby gardła i narządów sąsiednich; str. 576, 45 rysunków; cena 16 fr Paryż. Dr. P. P e t i t: Podstawy anatomii ginekologicznej, klinicznej i operacyjnej; stron 276, rysunków 32; cena w oprawie 16 fr. F r a n c u s k a K o m i s y a p r z e c i w g r u ź l i c z a: Sposoby praktyczne zwalczania szerzenia się gruźlicy; str. 465, cena 5 fr. Paryż.

Redakcya otrzymała:

— Doc. Dr. P o p i e l s k i: Ueber die Grösse der Zuckerzurückhaltenden Function der Leber (Odbitka z Nr. 8 „Centralblatt“ für Physiologie«).

— T e n ż e: Reflektornyj centr podżełudocznaj żelezy. (Odbitka z „Bolniczej Gazety Botkina“).

— Prof. Dr. W a c h h o l z L.: Krytyczne uwagi w sprawie uranicznego poczucia płciowego.

— T e n ż e: Zur Kasuistik der Selbsmorde durch Schuss (Odbitka z Nr. 22 „Zeitschrift f. Medizinalbeamte“).

— T e n ż e: Z kazuistyki samobójstw przez postrzał.

— Dr. K o z ł o w s k i St: Co wiemy o żywieniu się ludu naszego. (Warszawa, 1900).

— Dr. S t a n k i e w i c z Cz.: Du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. (XIII. Kongres międzynarodowy lekarski. Paryż, 1900).

— T e n ż e. O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie. (Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego“).

— Dr. W ą s o w i c z Z.: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w błednicy i niedokrewności. (Odbitka z „Gazety Lekar.“

— Dr. B i e r n a c k i F.: Die moderne Heilwissenschaft. Wesen und Grenzen des ärztlichen Wissens (Lipsk, 1901).

— Z a r e m b a G.: Beitrag zur Lehre von den Schutzvorrichtungen des Darmtractus Untersuchungen über die entgiftende Wirkung des Pankreas. (Odbitka z „Archiv f. Verdauungs-Krankheiten“ 1900).

— Dr. K o w a l s k i E: O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony (Odbitka z „Przegl. Lekarskiego 1900).

— Dr. N a r t o w s k i M.: Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej (Odbitka z „Gaz. Lek.“ 1900).

— Dr. M a s z e w s k i T.: Ueber einige Bedingungen der Ptyalinwirkung (Odbitka z „Hoppe-Seylers Zeitschrift f. Physiol. Chemie“ H. 1 i 2 1900).

— Dr. B i e r n a c k i E.: Beobachtungen über die Glycose in pathologischen Zuständen insbesondere bei Diabetes und functionellen Neurosen. (Odbitka z „Zeitschrift für klinische Medicin“ H. 5 i 6 1900).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**